سلسلة التربية الخاصة

الإعاقة البصرية

تأليف

سعيد حسني العزه











منتدى إقراء الثقافي

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿ وَقُلِ اعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ ﴾

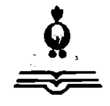
صدق الله العظيم

الإعاقة البصرية

الإعاقة البصرية

تأليف :

سعيد حسني العزه





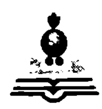
2000

■ تأليف : سعيد حسني العزه.

■ الإعاقة البصرية.

■ الطبعة الأولى / الإصدار الأول عام 2000 .





■ الناشر/الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع

عمان - وسط البلد - ساحة الجامع الحسيني - عمارة الحجيري

هاتف 4646361 فاكس 4610291 ص.ب 1532 - الأردن .

■ التنضيد والإخراج الداخلي : مكتب روعة للطباعة

تلفون 4643105 عمان الأردن

■ فرز الألوان والأفلام :

الشروق للدعاية والإعلان / قسم الخدمات المطبعية

تلفون 4618190/1 فاكس 4610065 عمان - الأردن



أهدي هذا الكتاب لكافة الزملاء المهتمين بهذا المجال من معلمين تربية خاصة ومرشدين تربويين وباحثين اجتماعيين وممرضين وممرضات العاملين في الحقل الطبي وإلى كافة طلاب وطالبات الجامعات في الوطن العربي الكبير.

- إلى روح والدي حسني وهاجر (هذا بعض عطائكما).
- إلى شقيقتي جميلة وحيله وفدوى وحليمه.
- إلى زوجتي خديجة.
- إلى جميع أولادي وبناتي.

المقدمة

يهدف هذا الكتاب لإعطاء القارئ الكريم والمهتمين في مجال الإعاقة البصرية من معلمي للتربية الخاصة والمرشدين التربويين والأهل وجميع المختصين في هذا المجال معلومات مفيدة في هذا المجال بدءاً من تاريخ الاهتمام بالمكفوفين وواقعهم في الأردن والعالم العربي ولفسيولوجية الجهاز العصبي وفسيولوجية العين وبمظاهر النمو بشكل عام وبأسباب الإعاقة البصرية الوراثية والمكتسبة وبطرق الوقاية منها وبطرق قياسها وتشخيصها ونسبة انتشارها وبردود أفعال الأهل في تجاهلها وبالصفات الجسمية والنفسية والسلوكية والاجتماعية للكفيف (شخصية الكفيف) وبدراسات تهدف إلى إلقاء المزيد من الضوء على هذه الإعاقة لفهم شخصياتها وبتأثير الإعاقة على النمو الاجتماعي والانفعالي والعقلي والنفسي والتحصيلي والتربوي وإلى الصعوبات التي يواجهها الكفيف وإلى دور المدرس والمعلم والأهل والمجتمع المحلي للحد من هذه الإعاقة وإلى أساليب تدريسهم وتربيتهم وتعليمهم وإلى بعض المشكلات التي يواجهونها وطرق علاجها مثل الانسحاب الاجتماعي وسلوك إيذاء الذات والعدوان والسلوك النمطي وغيرها كما زود المؤلف القارئ الكريم بنماذج صورية عن الكفيف وعن الأمراض التي تسبب الإعاقة. كما احتوى الكتاب على مظاهر الإعاقة البصرية وطرق تصنيفها وعلى بيانات ومعلومات هامة أخرى يستطيع القارئ الاستفادة منها.

ويعتبر هذا الكتاب مرجعاً هاماً لطلاب الإرشاد والصحة النفسية في الجامعات وكليات المجتمع والمرشدون التربويون في المدارس وللعاملين في المؤسسات الاجتماعية التي تقدم خدمات مفيدة لأصحاب هذه الإعاقة وذويهم ومع أن هذا

الكتاب صغير في حجمه إلا أنه جمع فـأوعى حيـث تجنـب المؤلـف أسـلوب الحشـو واعتمد على تقديم مادة علمية مفيدة بأسلوب مبسط وسهل وغير ممـل. والله نسـأل أن يوفقنا إلى تقديم خدمة ثقافية وإنسانية لمجتمعنا العربـي ونرجـوه أن يقـي أسـرنا العربية من مثل هذه الإعاقة إنه نعم المولى ونعم المجيب.

المؤلف

المحتويات

الوحدة الأولى :

الوحدة الثانية :

الوحدة الثالثة :

الوحدة الرابعة :

الوحدة الخامسة :

الوحدة السادسة :

الوحدة السابعة :

الوحدة الثامنة :

الوحدة الأولى

1

الجهاز العصبي

- الجهاز العصبي وأهميته.
- الوحدات الأساسية في نسيج الجهاز العصبي.
- أقسام الجهاز العصبي ووظائفها.
- كيف تنتقل المعلومات في الجهاز العصبي.
- مشكلات صحية تصيب الجهاز العصبي.
- أثر بعض العقاقير في صحة الجهاز العصبي.
- تشريح فيزيولوجيا العين ووظائفها.
- عملية الرؤية في العين.

الجهاز العصبي



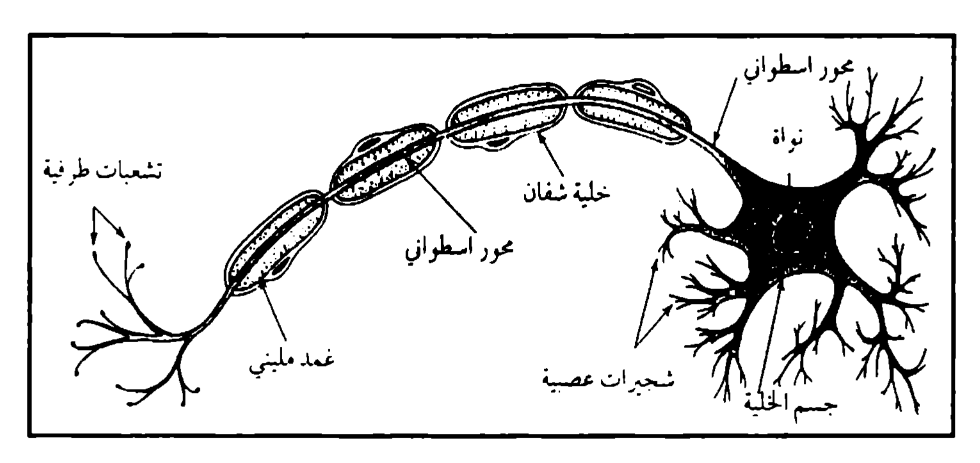
شكل رقم (1) يبين الجهاز العصبي في جسم الإنسان

لكي يستطيع الإنسان الاستمرارية في حياته فإن عليه أن يدرك البيئة التي يعيش فيها ويتفاعل معها وأن يشعر أو يحس بالتغيرات البيئية المحيطة به وأن يكون

قادراً على فهمها وتفسيرها والاستجابة لها بشكل مناسب. إن سرعة حركات الفرد تعتمد على سبيل المثل على سرعة تبادل المعلومات لديه وعلى حدوث التنسيق الدقيق بين أجهزته ويقوم الجهاز العصبي بربط أجزاء الجسم جميعها مع بعضها البعض وينقل المعلومات بينها وبواسطة هذا الجهاز يستطيع الإنسان الإحساس بالمتغيرات البيئية الداخلية والخارجية باستمرار وتفسيرها والاستجابة لها بطريقة مناسبة كما أنه يقوم بتنظيم وظائف الجسم المختلفة مثل نبض القلب وينسق أعمل أجزاء الجسم المختلفة.

الوحدات الأساسية في نسيج الجهاز العصبي

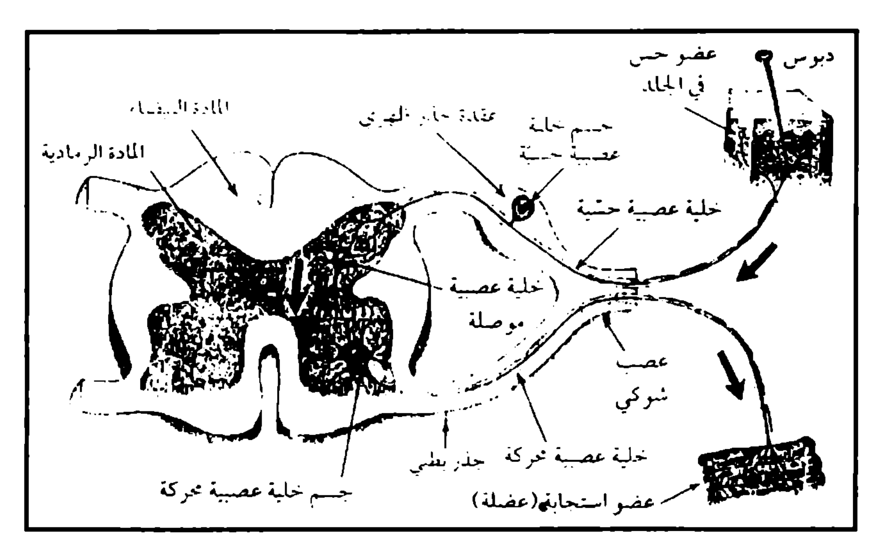
تتكون الأنسجة العصبية من وحدات بنائية أساسية هي الخلايا العصبية وتسمى بالعصبونات **Neurons**.



الشكل (2): تركيب الخلية العصبية (العصبون)

أنواع الخلايا العصبية

الخلايا العصبية ثلاثة أنواع تختلف عن بعضها البعض في أداء وظائفها.



الشكل (3): أنواع الخلايا العصبية

وهي كما يلي:

1- خلية عصبية حسية Sensory neuron

وتوجد هذه الخلايا في أعضاء الاستقبال الحسي في الجسم وتستقبل المؤثرات من البيئة المحيطة وتنقلها إلى النخاع الشوكي أو الدماغ.

2- خلايا عصبية محركة Motor neuron

تتصل هذه الخلايا بأعضاء الاستجابة كالعضلات وتنقل الأوامر من النخاع الشوكي والدماغ إلى أعضاء الاستجابة في مواقعها المختلفة في الجسم كالعضلات والغدد.

3- خلايا عصبية موصلة Inter neuron

وتقع هذه الخلايا بين الخلايا العصبية الحسية والخلايا العصبية المحركة في النخاع الشوكي وتلعب دور حلقة الوصل بين الخليتين إذ تنقل هذه الخلايا التأثير الحسي من الخلية الحسية إلى الخلية المحركة وهذه الخلايا تختلف في أطوالها فقد تمتد من النخاع الشوكي إلى إحدى أصابع القدم.

أقسام الجهاز العصبي

يقسم هذا الجهاز من حيث التركيب إلى قسمين رئيسين هما:

أ- الجهاز العصبي المركزي Central nervous system ويشمل ما يلي:

- الدماغ brain.
- النخاع الشوكي Spinal cord.

ب- الجهاز العصبي الطرفي peripheral nervous system ويشمل ما يلي:

- الأعصاب الطرفية التي تخرج من الدماغ والنخاع الشوكي وتصل إلى جميع مواقع الجسم الأخرى.

ويقسم الجهاز العصبي من حيث الوظيفة إلى قسمين رئيسيين هما:

أ- الجهاز العصبي somatic nervous system: ويقوم هذا الجهاز بتنظيم أعمل الأعضاء التي تخضع للإرادة كما أنه يقوم بنقل المعلومات الحسية والأوامر الحركية.

ب- الجهاز العصبي الذاتي Automatic nervous system: ويقوم هذا الجهاز بتنظيم أعمل الأعضاء التي تخضع للإرادة.

الجهاز العصبي المركزي

يتألف هذا الجهاز من الدماغ والنخاع الشوكي اللذين يحيطهما ويحميهما ثلاثة أغشية تسمى بالسحايا Meninges بالإضافة للسائل الدماغي الشوكي cerebrospinal fluid.

أ- الدماغ ويشمل الأجزاء التالية:

1- المخ cerebrum:

الذي يعتبر مركز العمليات العقلية العليا مثل الذكاء والتفكير والتعلم ويقوم بتنظيم أداء أعضاء الحس والحركة في الجسم.

2- المخيخ cerebellum:

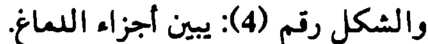
ويقوم بوظيفة تنسيق التقلصات العضلية لضمان اتزان الجسم.

3- جدع الدماغ Brainstem ويشمل ما يلي:

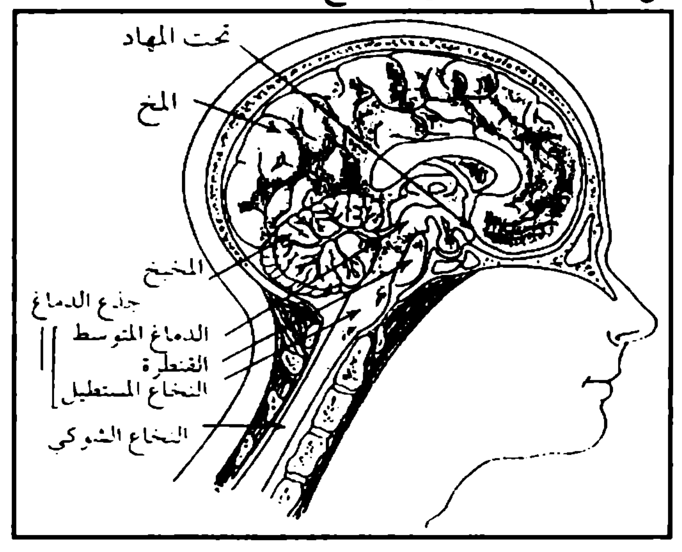
أ- **الدماغ المتوسط Mid brain:** ويحتوي على مراكز لأفعل منعكسة مثل حركة كرة العين واتساع حدقتها.

ب- **القنطرة Pons:** وتساعد على تنظيم عملية التنفس.

حـ- **النخاع المستطيل Medulla oblngata:** ويحتوي على مراكز عصبية تقوم بتنظيم بعض الأفعل المنعكسْة كنبط القلب والتنفس وعملية البلع والمضغ وإفراز اللعاب والاستفراغ.



والشكل رقم (4): يبين أجزاء الدماغ.

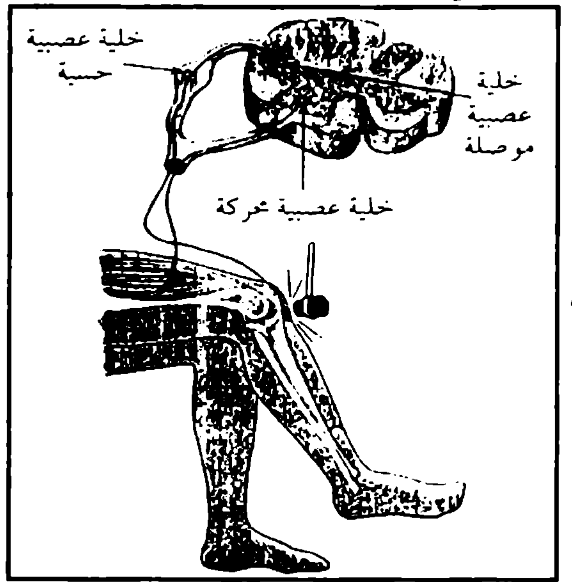


الشكل (4): دماغ الإنسان

ب- النخاع الشوكي:

وهو عبارة عن حبل عصبي يتصل من الجهة العلوية بالنخاع المستطيل ويستمر في قناة العمود الفقري حتى نهاية المنطقة الظهرية ومن أعماله ما يلي:

- ناقل للاحساسات الواردة من أعضاء الحس إلى الدماغ.
- ينقل الأوامر الحركية الصادرة عن الدماغ إلى أعضاء الاستجابة كالعضلات.
- يُمكن الإنسان من إعطاء ردود أفعل سريعة نحو بعض المؤثرات الخارجية تسمى بردود الأفعل الانعكاسية.



الشكل (5): رد الفعل المنعكس

الجهاز العصبي الطرفي:

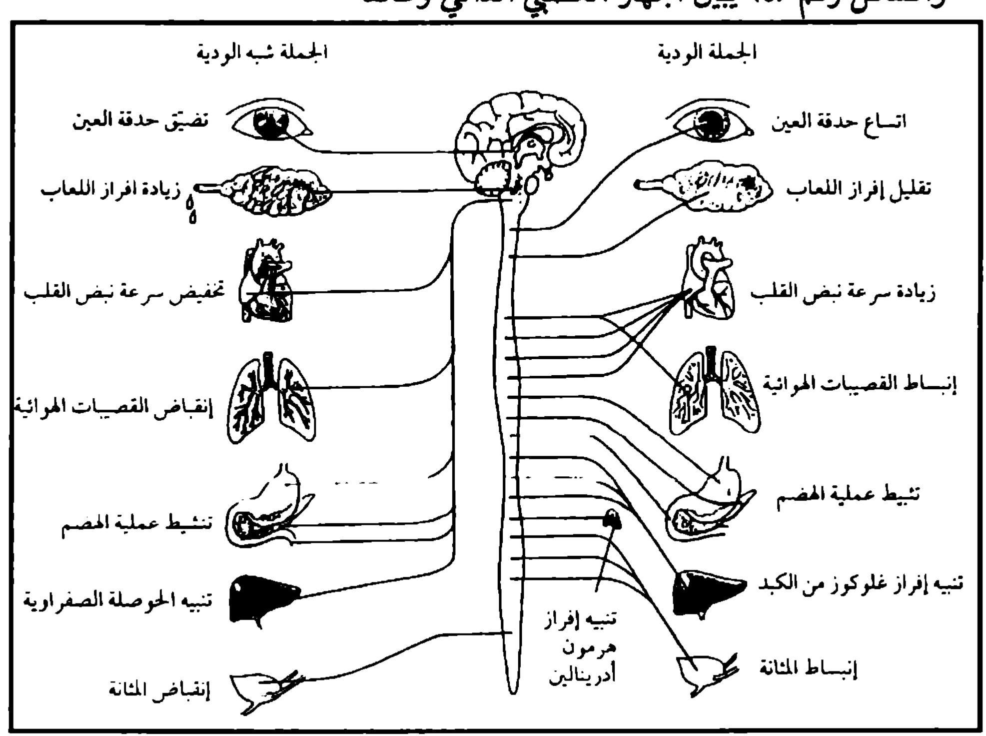
ويقوم بنقل المعلومات بين أجزاء الجسم والجهاز العصبي المركزي ويتكون من 31 زوجاً من الأعصاب المتفرعة عن النخاع الشوكي و 12 زوجاً من الأعصاب المتفرعة عن الدماغ ويتكون العصب الواحد من مجموعة محاور لعصبونات حسية وأخرى محركة يجمعها نسيج ضام ويخرج من النخاع الشوكي جذرين أحدهما من الجانب الظهري للنخاع الشوكي ويسمى الجذر الظهري **Dorsal root** والآخر من الجانب البطني له ويسمى الجذر البطني **Ventral root** ويتحد الجذران معاً مكونين عصباً واحداً يسمى العصب الشوكي **Spinal nerve** ويتفرع كل عصب شوكي فيما بعد إلى أعصاب طرفية كثيرة تتصل بالجلد والعضلات والغدد وغيرها من أجزاء الجسم.

الجهاز العصبي الذاتي:

يتكون هذا الجهاز من مجموعة من المراكز العصبية المتخصصة تقع في النخاع الشوكي وعلى جانبي العمود الفقري تصلها أعصاب بأعضاء الجسم الداخلية ويقوم هذا الجهاز بتنظيم دقات القلب والتنفس ويتكون هذا الجهاز مما يلي:

- **الجملة الودية:** التي تسبب زيادة في سرعة نبض القلب والتنفس وتوسيع الأوعية الدموية في العضلات الإرادية وبطء حركة المعدة والأمعاء.
- **الجملة شبه الودية:** التي تسبب تخفيض سرعة نبض القلب والتنفس وزيادة حركة المعدة والأمعاء وزيادة إفراز اللعاب.

والشكل رقم (6) يبين الجهاز العصبي الذاتي وظائفه



الشكل (6) الجهاز العصبي الذاتي

كيف تنتقل المعلومات في الجهاز العصبي؟

تنتقل المعلومات في الجهاز العصبي على شكل رسالة كهربائية تسمى بالسيل العصبي Nerveimpulse. هناك فرق في الجهد الكهربائي على جانبي الخلية العصبية بسبب وجود فرق في تركيز أيونات الصوديوم والبوتاسيوم على جانبيه يكون فيه تركيز أيونات الصوديوم الموجبة خارج الغشاء عالياً مقارنة بتركيز أيونات البوتاسيوم داخله وعندما تتعرض منطقة من هذا الغشاء لمؤثر ما تزداد نفاذيته في تلك المنطقة فتدخل أيونات الصوديوم إلى الخلية العصبية وتخرج أيونات البوتاسيوم إلى خارجها ويتلاشى الفرق في الجهد الكهربائي وقد ينعكس فينشأ سيل عصبي الذي يعتبر مؤثراً جديداً للمناطق المجاورة من غشاء الخلية العصبية فيحدث فيها ما حدث في المنطقة الأولى ثم ينتقل هذا السيل على امتداد محور الخلية العصبية والشكل رقم (8) يبين انتقال السيل العصبي في خلية عصبية وتجدر الإشارة بأنه يوجد أكثر من 50 نوعاً من المواد الناقلة العصبية في الجهاز العصبي المركزي منها ما يلي:

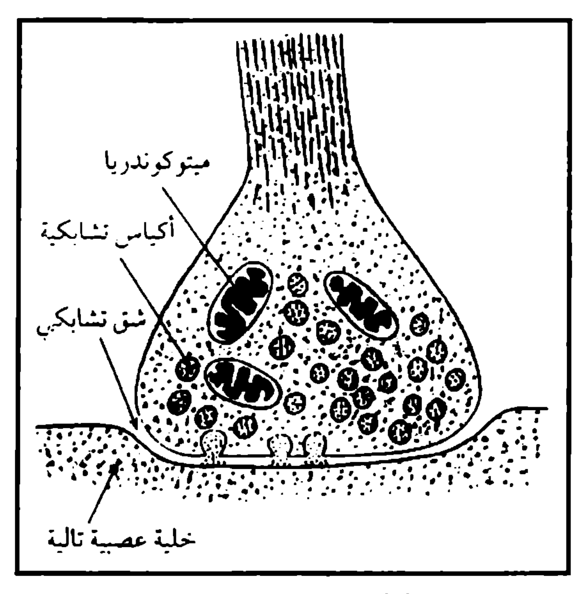
- إستيل كولين.
- دوبامين.
- سيروتونين.
- ادرينالين.

وأن تغيير كميات هذه المواد في الدماغ تسبب إصابة الإنسان بأمراض عصبية نفسية.

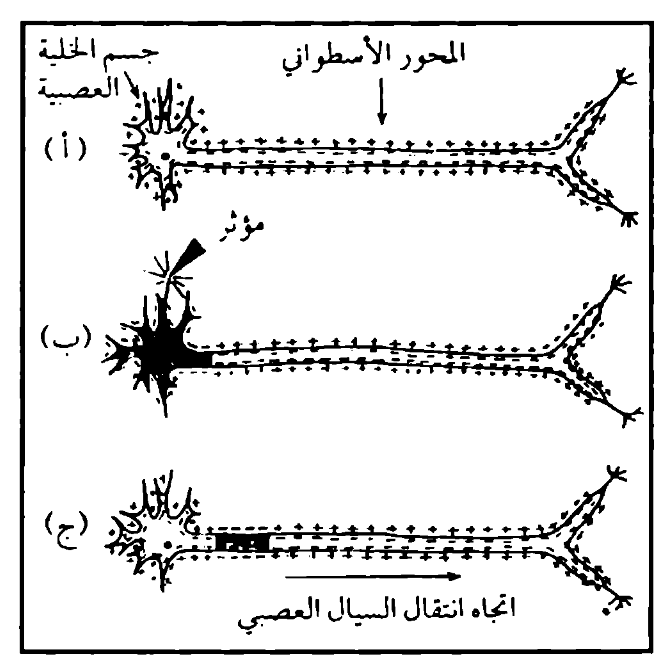
كيف ينتقل السيال العصبي من خلية عصبية إلى خلية عصبية أخرى

يوجد هناك زر طرفي وهو أحد الانتفاخات الطرفية التي توجد في أطراف الشعيبات الطرفية للمحور الإسطواني يتصل بالشجيرة العصبية لخلية عصبية تالية ويحتوي الزر الطرفي على أكياس تشابكية تحتوي على مواد كيماوية ناقلة وظيفتها نقل تأثير السيل العصبي من الزر الطرفي للخلية العصبية إلى الخلية العصبية

التالية عبر الشق التشابكي synapse - تتأثر الأكياس التشابكية بوصـول السـيل العصبي إليها فتفرز موادها الكيماوية الناقلة التي تنتقل من الزر الطرفي عبر الشـق التشابكي إلى الغشـاء البلازمـي للشـجيرات العصبيـة في الخليـة العصبيـة التاليـة وتسبب هذه المواد الناقلة زيادة نفاذيـة الغشـاء البلازمـي فيتكـون سـيالا عصبيـاً في الخلية العصبية التالية وهكذا وتكون سرعة السيل العصبي 120 متراً في الثانيـة في عصبونات الثديات وإن المنطقة الواحدة على الغشاء البلازمي لا يمكنها أن تسـتقبل مؤثراً جديداً ما لم ينته مفعول المؤثر الأول منها ويتم انتهاء مفعول المؤثر الأول خلال أجزاء بالألف من الثانية تنقل فيها الخلية العصبية أيونـات الصوديـوم إلى خارجـها وأيونات البوتاسيوم إلى داخلها. والمشكل رقم (7) يمثل زر طرفي وتشابك عصبي.



الشكل (7): زر طرفي، وتشابك عصبي.



الشكل (8): انتقل السيل العصبي في خلية عصبية

مشكلات صحية تصيب الجهاز العصبي:

من المشكلات ما يلي:

1- **ارتجاج الدماغ:** وينتج عن إصابات شديدة في الرأس تسبب القيء والغثيان والصداع وبطء النفس والحركة وفقدان الوعي.

2- **الصرع:** وهو مرض ناتج عن اضطراب في بعض السيالات العصبية لبعض خلايا الدماغ يأتي على شكل نوبات تختلف في شدتها وتكرارها.

3- **الشلل الدماغي:** وهو حالة من الاضطراب تصيب التنسيق العصبي العضلي لبعض أعضاء الجسم وتؤدي إلى مشكلات في حركة الأطراف وتوازن الجسم والنطق والسمع والبصر وقد يكون ناتجاً عن تلف في الدماغ.

أثر العقاقير على صحة الجهاز العصبي:

يتأثر الجهاز العصبي بما يلي:

- الكحول - يسبب الإدمان وارتخاء العضلات وتقليل النشاط الذهني.

- المخدرات - تسبب الإدمان واسترخاء العضلات وتقليل النشاط الذهني.

- المنشطات - تسبب توتر في العضلات.

- المهدئات - تسبب الخمول الجسمي والفكري والإدمان.

فيزيولوجيا العين ووظائفها

تعتبر العين إحدى وسائل الاتصال الرئيسية لدى الفرد من أجل تعرفه على العالم الذي يحيط به وتزويده بمختلف الخبرات الحياتية والعين تمكن الإنسان من إمكانية الرؤيا والتعرف على الأشياء والتنقل والحركة والتعلم والاستمتاع بالمناظر الجميلة وفقدان البصر يحدث مشكلات في المجال الحركي والنفسي والسلوكي لدى الفرد الأمر الذي يضطره من الاعتماد على حواس بديلة كحاسة اللمس والسمع مع أنهما لن تكفيا أو تعوضا عن فقدان حاسة البصر.

الجهاز البصري

يتكون الجهاز البصري من العين والعصب البصري والقشرة البصرية وتتكون العين من ثلاث طبقات هي الطبقة الخارجية والوسطى والداخلية. والعين كرة قطرها حوالي 2.5سم تقع داخل تجويف خاص بها في جمجمة الرأس وتنمو العين على شكل نتوء لجزء من التجويف الثالث في المخ وتتصل العينان بالفص الدماغي الخلفي بواسطة مجموعة من الألياف العصبية تسمى بالعصب البصري ويخرج من خلف العين العصب البصري الذي ينقل الاحساسات التي تنطبع على العين إلى مراكز الإبصار بالمخ وتدور العين داخل التجويف الخاص بها بواسطة ست عضلات هي المنحرفة السفلية والعلوية والمستقيمة الجانبية والوسطى والسفلية والعلوية.

1- الطبقة الخارجية (outer tunic):

تتكون من نسيج ضام ليفي قوي يسمى الصلبة وهي الجزء الأبيض من العين **sclera** والجزء الأمامي منها دائري شفاف يسمى القرنية **cornea** تحمي مقدمة العين وتسمح بمرور الأشعة الضوئية وهي مغطاة بغشاء شفاف رقيق يسمى

الملتحمة conjunctiva يمتد ليغطي باطن الجفنين من الداخل ويحميها من الأجسام الغريبة وتخلو القرنية من الأوعية الدموية وتعمل بمثابة نافذة للعين ويبلغ سمكها حوالي نصف ميلمتر عند المركز وتغطيها طبقة من الدموع أما الصلبة تكون 5/ 6 من الطبقة الخارجية سمكها حوالي 1 ملم وهي معتمة وسطحها الخارجي أملس وهي شديدة الحساسية.

الطبقة الوسطى (Middle Tunic):

وتتكون من المشيمة choroid وهي جزء غني بالأوعية الدموية ووظيفتها تغذية العين وتحتوي على صبغة سوداء تعطي تجويف العين الفتحة اللازمة لوضوح صورة الأجسام وهي عبارة عن غشاء يبطن الجزء الخلفي والجانبي من الصلبة.

- القزحية Iris:

وهي الجزء الملون من العين وتقع بين القرنية والعدسة وفي منتصفها توجد الحدقة (بؤبؤ العين) pupil التي تعمل كفتحة تنظم دخول الضوء إلى الجزء الداخلي من العين حيث أنها تتسع في الظلام وتنقبض في حالة الإضاءة الشديدة وتتكون القزحية أساساً من ألياف عضلية تتحكم باتساع قطر الفتحة الواقعة في وسطها فتنظم كمية الضوء الداخلة للعين ويسمى الجزء الذي يقع بين القرنية والقزحية بالغرفة الأمامية في حين يسمى الجزء الذي يقع بين القزحية والعدسة بالغرفة الخلفية (أما الجزء الذي تقع فيه العدسة والشبكية فيسمى بالسائل الزجاجي وهو يحافظ على شكل العين) وتوجد خلف القزحية وهي جسم شفاف مرتبط بعضلات هدبية يشبه العدسة الصغيرة وهي محدبة الوجهين (لامة) تجمع الأشعة الساقطة عليها وتركزها على الطبقة الداخلية وهي تركز الأشعة على الشبكية وتعمل على انكسار الضوء.

- الجسم الهدبي ciliary body:

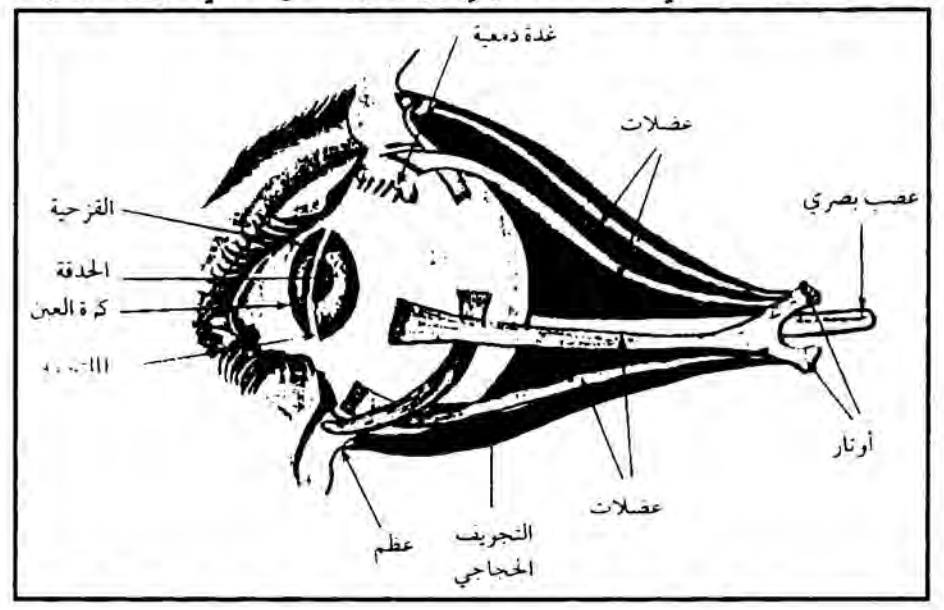
ويتكون من العضلات الهدبية التي تعمل على انقباض واسترخاء الألياف وتعمل على ضبط مستوى الضغط على عدسة العين ويفرز السائل المائي والمساعد

على تصريفه ويمتد من القزحية اماماً وحتى مقدمة المشيمة خلفاً وهناك زاوية هدبية تغطي الجسم الهدبي وتتكون من صفين من الخلايا التي تحتوي على مكونات عديدة التي تحوي داخلها أوعية دموية وهو مزود بأعصاب للحركة من عصب المخ وأعصاب الحس.

الطبقة الداخلية (inner tunic) (الشبكية Retina):

هي الجزء الحساس من العين لوجود خلايا حساسة للضوء تسمى خلايا الاستقبال الضوئي تتكون عليها صورة الأجسام المرئية وترتبط الشبكية من الجهة الخلفية بالعصب البصري optic nerve وعند نقطة اتصال العصب البصري بالشبكة لا توجد خلايا للاستقبال الضوئي فلا تتكون عندها صور للأجسام وتسمى بالبقعة العمياء blind spot والشبكة أشبه ما تكون بالشاشة التي تسقط عليها الأشعة الضوئية وتظهر صور الأشياء معكوسة عليها ويقوم العصب البصري بنقل هذه الصورة إلى الجهاز العصبي المركزي حيث يصححها لتبدو بشكلها الطبيعي والشبكية معقدة من ناحية التشريح وهي تحول الضوء إلى سيالات عصبية وفي منتصف الشبكية توجد نقطة صفراء تسمى بالنقطة المركزية fovea centralist حيث يكون الإبصار فيها حاداً جداً ويطلق عليه اسم البصر المركزي central vision أما الإبصار الذي يحدث من خارجها فيسمى بالبصر المحيطي Peripheral vision ويوجد في الشبكية خلايا متخصصة يزيد عددها عن (125) مليون خلية تسمى بالمخاريط rods cones وهذه الخلايا مسؤولة عن رؤية الألوان فعندما تتأثر العصي والمخاريط بالضوء تقوم بإرسال نبضات عصبية إلى الدماغ (القشرة البصرية) من خلال العصب البصري وهو العصب القحفي الثاني وتتشعب ألياف من كل عصب بصري وتتجه إلى الجانب المعاكس من الدماغ فتتقاطع مع بعضها البعض مكونة ما يسمى بالتصالب البصري optic chiasma والطبقة الداخلية من الشبكية تحتوي على عشرة طبقات مكونة من الخلايا العصبية والألياف العصبية وخلايا المستقبلات الضوئية ونسيج داعم ويوجد في الشبكية حوالي 130 مليون من العصي و7 ملايين من المخاريط أي أن مقابل كل مخروط

يوجد ما بين 18-20 من العصي ومن صفة العصي أنها حساسة للضوء البسيط أما المخاريط فهي حساسة للضوء الشديد وتتم رؤية الألوان اعتماداً على التكامل الوظيفي للمخاريط وتتركز المخاريط في الشبكية في منطقة تسمى بالحضيرة Macula ووجود تلف في هذه المنطقة يؤدي إلى وجود نقص حاد في الرؤية المركزية.

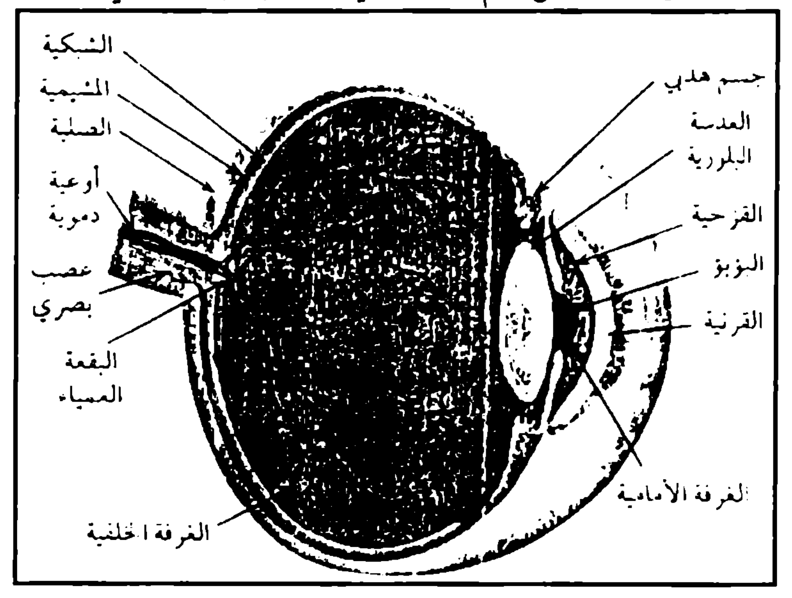


الشكل (9): عضلات العين

آلية وكيفية الإبصار

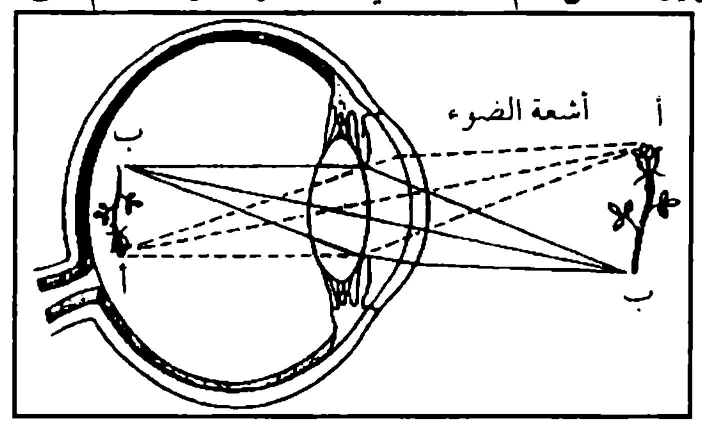
تسقط الأشعة الضوئية المنعكسة عن الأجسام على سطح العين فتنفذ من خلال القرنية والغرفة الأمامية والحدقة إلى العدسة وتقوم العدسة بتجميع الأشعة الضوئية وتركزها على الشبكية فتتكون للجسم صورة حقيقية مصغرة ومقلوبة عليها وعند سقوط الأشعة الضوئية على خلايا الاستقبال الضوئي تُكون سيالات عصبية ينقلها العصب البصري إلى مراكز الإبصار في مؤخرة المخ حيث تحلل وتفسر كصورة بصرية معتدلة للجسم المرئي ويطلق على التغير في تحدب عدسة العين بناء على قرب الأجسام المرئية أو بعدها تكيف الإبصار وهي عملية ضرورية لتوضيح رؤية الأجسام البعيدة والقريبة وتجميع الأشعة المنعكسة على الموقع الصحيح في

شبكية العين انظر إلى الشكل رقم (10) الذي يبين تركيب العين في الإنسان.

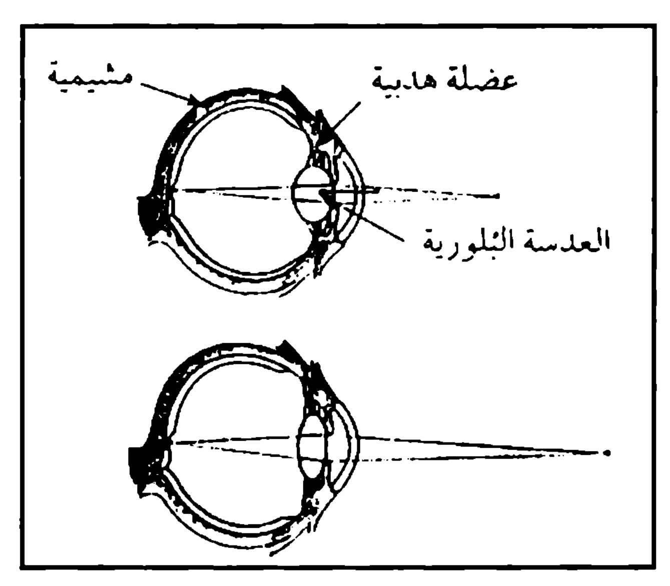


الشكل (10) تركيب العين في الإنسان

انظر إلى الشكل رقم (11) والذي يبين تكون صورة الجسم على الشبكية.



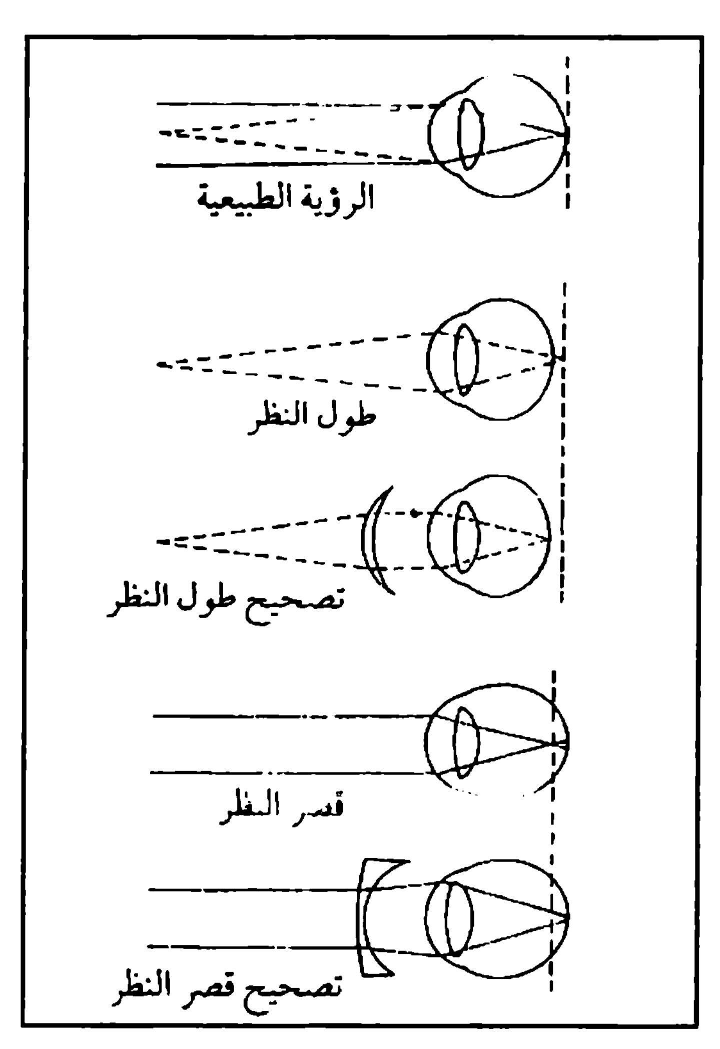
الشكل (11) تكون صورة الجسم على الشبكية



الشكل (12): آلية تحدب عدسة العين

صحة العين واضطراب الرؤيا

عند وجود خلل في مقدار تكور كرة العين تسقط الأشعة المنعكسة عن الأجسام أمام شبكية العين أو خلفها وعندها لا تكون صورة هذه الأجسام واضحة لذلك لابد من استعمل عدسات صناعية تركز الأشعة الضوئية على الموقع الصحيح في الشبكية لتكون الصورة واضحة والإنسان الذي يرى الأشياء البعيدة عنه بوضوح يكون مصاباً بطول النظر far sightedness بسبب اقتراب الشبكية من مقدمة العين أما إذا كان يرى الأشياء القريبة منه فقط بوضوح فإنه يكون مصاباً بقصر النظر near sightedness بسبب ابتعاد الشبكية عن مقدمة العين. انظر إلى الشكل رقم (13) والذي يبين الرؤية الطبيعية وحالة طول وقصر النظر وتصحيحهما.



الشكل (13) تصحيح طول النظر وقصره

الوحدة الثانية

2

الإعاقة البصرية

- تعريف الإعاقة البصرية.
- مظاهر الإعاقة البصرية.
- أسباب الإعاقة البصرية.
- نسبة انتشار الإعاقة البصرية.
- تطبيقات الإعاقة البصرية.
- قياس وتشخيص الإعاقة البصرية.
- الخصائص النفسية - التربوية للأفراد المعوقين بصرياً.
- طرق الوقاية من الإعاقة البصرية.

الوحدة الثانية

تعريف الإعاقة البصرية Visual Impairment :

هي حالة من الضعف في حاسة البصر بحيث يحد من قدرة الفرد على استخدام حاسة بصره (العين) بفعالية وكفاية واقتدار الأمر الذي يؤثر سلباً في نموه وأداءه وتشمل هذه الإعاقة ضعفاً أو عجزاً في الوظائف البصرية وهي البصر المركزي والمحيطي قد يكون ناتجاً عن تشوه تشريحي أو الإصابة بالأمراض أو جروح في العين بحيث يكون بحاجة إلى المساعدة لبرامج وخدمات تربوية في مجال هذه الإعاقة لا يحتاجها الناس صحيحي البصر.

تعريف إثروفت وزاحبون : الإعاقة البصرية حالة من العجز أو الضعف في الجهاز البصري تعيق نمو هذا الفرد كإنسان.

تعريف (براق 1976، Barrag) المعاق بصرياً من يحتاج إلى تربية خاصة بسبب مشكلات لديه في مجال البصر الأمر الذي يجعله بحاجة إلى تدخل تربوي ونفسي وعلاجي.

التعريف الطبي Medical :

المعاق بصرياً هو ذلك الفرد الذي لديه مشكلات في حدة الإبصار أي القدرة على التمييز بين الأشكال المختلفة على أبعاد معينة مثل قراءة الأحرف والأرقام والرموز وهذه المشكلات تتمثل في عدم قدرة العين على أن تعكس الضوء بحيث يتركز على الشبكية وحدة الإبصار العادية 20/20 أو 6/6 والمكفوف طبياً هو ذلك الفرد الذي لا تزيد حدة البصر المركزي لديه 200/20 في العين الأفضل من الأخرى حتى بعد استعمال النظارة الطبية أو هو الشخص الذي لديه مجال بصري محدود جداً بحيث لا يزيد بصره المحيطي عن 20 درجة ي أحسن العينين.

- **التعريف التربوي :** المعاق بصرياً هو ذلك الشخص الذي فقد قدرته البصرية بشكل كلي أو الذي يستطيع إدراك الضوء فقط ويكون بحاجة للاعتماد على حواسه الأخرى من أجل عملية تعلمه.
- **التعريف الوظيفي :** (هارلي 1973) المعاق بصرياً هو ذلك الشخص الذي تبلغ إعاقته البصرية درجة من الحدة تحتم عليه القراءة بطريقة بريل.

التعريف الثلاثي للإعاقة البصرية :

المعاق بصرياً هو ذلك الشخص الذي لديه حدة بصر تبلغ 200/20 أو أقل في العين الأقوى بعد إدخال التعديلات التصحيحية اللازمة له أو هو من لديه مجال في الإبصار محدود لا يزيد عن 20 درجة.

- **التعريف المهني :** المعاق بصرياً هو ذلك الفرد الذي بسبب إعاقته البصرية غير قادر على ممارسة عمله بسبب ضعف أو عجز في بصره الأمر الذي يؤدي إلى عجزه الاقتصادي بحيث لا يستطيع كسب عيشه والحقيقة أن التعريفات تختلف في تعريف المعاق بصرياً على حسب شدة ودرجة الإعاقة البصرية فهناك الكفيف وهناك ضعيف البصر وذا القصور البصري أو الاضطراب البصري، أو الخلل البصري ومن الواضح أن التعريف يجب أن يشتمل على الجوانب التالية :

- قصور أو عجز في مجال الإدراك البصري 200/20.
- عدم قدرة الفرد على الاعتماد على حاسة البصر والاعتماد على حواسه الأخرى كاللمس والسمع.
- أنه بحاجة إلى وسائل مُعينة ومع وجودها فهو عاجز عن الرؤية.
- أنه غير قادر على كسب قوته بسبب إعاقته هذه.
- أنه بحاجة إلى برامج تربوية وطرق تعلم تختلف عن العاديين.

مظاهر الإعاقة البصرية :

إن مظاهر الإعاقة البصرية قد تتأثر بشكل كبير بالأسباب التي أدت إلى وجود هذه المظاهر ومن هذه المظاهر :

(1) **قصر النظر Myopia** : وتتمثل هذه الحالة في صعوبة رؤية الشخص للأجسام البعيدة لا القريبة لأن صور الأجسام تقع أمام الشبكة وذلك لأن طول العين أطول من طولها الطبيعي ويستخدم الشخص في هذه الحالة عدسات مقعرة Concave cens لتصحيح مجل الرؤية لديه لكي يسقط ضوء الأشياء على الشبكية نفسها.

(2) **طول النظر Hyporopai** : وتتمثل هذه الحالة عند الفرد في صعوبة رؤية الأشياء القريبة وليس البعيدة لأن صور الأجسام المرئية تقع خلف الشبكية وذلك لأن كرة العين أقصر من طولها الطبيعي ويحتاج هذا الشخص إلى عدسات محدبة Convex Lens لتصحيح مجل رؤيته.

(3) **حالة صعوبة تركيز النظر Astigmatism** : وتتمثل هذه الحالة في عدم قدرة الفرد على رؤية الأجسام بشكل مركز ويعود السبب إلى الوضع غير الطبيعي لقرنية العين ويحتاج صاحب هذه الحالة إلى عدسات إسطوانية لتجميع الأشعة الساقطة وتجميعها على الشبكية.

أسباب الإعاقة البصرية :

تعود أسباب الإعاقة البصرية إلى عوامل عديدة ومختلفة بعضها يعود لمرحلة ما قبل الولادة وإثنائها وبعضها بعد الولادة وهذه تسمى بالأسباب المكتسبة. أما العوامل الوراثية فيكون دورها في سبب الإعاقة هذه قبل الولادة مع أن أعراض هذه الأمراض الوراثية قد تتأخر في الظهور إلى مرحلة المراهقة أو سن الرشد ومن هذه الأسباب ما يعود للأمراض أو حدوث جروح في حاسة البصر (العين) أو الأجهزة العصبية ذات العلاقة بها ومن هذا الأسباب ما يلي :

- حدوث ثقب في شبكية العين الذي يؤدي إلى انفصال الشبكية Rental Detachment والذي يسمح للسائل بالتجمع الأمر الذي يؤدي إلى انفصال الشبكية عن الأجزاء التي تتصل بها ومن أهم الأعراض في هذه الحالة الضعف في مجل الرؤية والآلام الشديدة والضوء الومضي الخاطف ويعود سبب الانفصال أيضاً إلى إصابات في الرأس وقصر النظر والسكري.

- مرض السكري : الذي يحدث اعتلال الشبكية ويؤثر المرض على الأوعية الدموية ويسبب النزيف الذي قد يؤدي إلى العمى وقد يعالج صاحب الحالة بأشعة الليزر.
- تنكس نقطة المركز Macular degeneration :

وهو ناتج عن حالة من الاضطراب تحدث في الشبكية ناتجة عن تليف في الأوعية الدموية في النقطة المركزية بحيث يصعب على الشخص رؤية الأجسام البعيدة والقريبة وهذا المرض (التليف) يصيب كبار السن ويؤدي إلى فقدان البصر المركزي.

- الماء الأسود Glaucoma :

وهو ناتج عن زيادة شديدة في ضغط العين الأمر الذي يمنع الدم من الوصول إلى الشبكية ويؤدي بالتالي إلى تلف الخلايا العصبية ومن ثم إلى العمى ويحدث التلف في الجزء الجانبي من الشبكية وينتقل تدريجياً إلى مركز الشبكية الأمر الذي يؤدي إلى العمى ويحدث المرض بشكل مفاجئ.

- المياه السوداء الولادية Congenital Glaucoma :

وهذه تكون موجودة لدى الطفل منذ لحظة الولادة أو بعدها بقليل وتحتاج الحالة إلى تدخل جراحي لمنع العطب ومن أعراضها تجنب الطفل للضوء وسيلان دموعه بكثرة بسبب الضغط الداخلي في العين وتلف القرنية وتوسعها.

- المياه السوداء لدى الراشدين ومن أهم أعراض المرض صداع في الجزء الأمامي من الرأس خاصة في الصباح والعلاج يكون بخفض الضغط في العين.

- التهابات العين : Inflammations

إن التهابات العين المزمنة التي تصيب القرنية أو القزحية أو الملتحمة تؤدي إلى الإعاقة البصرية ومن الأمراض التي تسبب التهابات العين الجدري والحصبة والتراخوما.

- زيادة الأوكسجين : إن إعطاء كمية زائدة من الأوكسجين للفرد المصاب بنقص واضح في كميته اللازمة للخلايا الدماغية وخاصة أثناء الولادة أو بعدها يحدث اضطراباً في العين وعدستها وأجزائها الخلفية.

- الماء الأبيض : Cataract

وهو مرض يأخذ شكل اعتام في عدسة العين وفقدان شفافيتها يؤدي إلى عدم القدرة على الرؤيا وهو مرض يصيب كبار السن وقد يحدث مبكراً لأسباب وراثية والأمراض مثل الحصبة الألمانية وإصابات العين وتكون لدى الفرد قدرة محدودة على رؤية الألوان والأجسام البعيدة وتعتمد شدة الإعاقة على مدى الإصابة في عدسة العين ودرجة التعتيم فيها.

- الحول Strabismus :

وهو اضطراب في عضلات العين ناتج عن صعوبة الفرد في التحكم في كريات عينيه وقد يكون ذلك لحو الداخل أو لحو الخارج الأمر الذي يؤثر على مجال الرؤية لدى الفرد

- البهق Albinism :

وهو اضطراب في صبغة العين بحيث تكون هذه الصبغة قليلة جداً أو معدومة ويكون من الصعب على الشبكية امتصاص الضوء وهو مرض خلقي ويكون فيه الشخص أبيض جداً وله عينان زرقاوتان وشدة في الشقار ويميل إلى الشيب ويكون لدى الشخص مشاكل في القزحية حيث تكون هذه شاحبة ولا تمنع الضوء الزائد من الدخول إلى العين الأمر الذي يحدث لدى المصاب حساسية مفرطة للضوء.

والتهاب الشبكية الصباغي Rettnitis pigmentosu

وهذا المرض وراثي يصيب الذكور أكثر من الإناث والمرض يصيب عصى الشبكية تدريجياً ويحدث فيها التلف ويسبب العشى الليلي ويحدث نتيجة ذلك ضعف في حاسة البصر حتى يصبح مجال البصر نفقياً Tunnerision ويكون لهذا المرض غلافه بأمراض الجهاز العصبي المركزي.

- قصور الأنسجة Coloboma :

وهو مرض وراثي يأخذ شكل بروز أو شق في الحلقة وتشوهات في أجزاء مختلفة من العين وعدم نمو بعض الأجزاء المركزية المحيطية في الشبكية ويحدث نتيجة ذلك ضعف في البصر ورأرأة وحول وحساسية للضوء وميله بيضاء.

- رأرأة العين Nystagmuy :

حالة من الحركات اللارادية سريعة في العين وتسبب الغثيان وقد تعتبر هذه الحالة مؤشرا على وجود خلل في الدماغ أو إلى مشكلة في الأذن الداخلية.

- العين الكسولة Amblyopia :

ويحدث المرض في عين واحدة وقد يشمل العينين الاثنين ويجب معالجة الطفل قبل بلوغه عمر التاسعة من العمر وهذه الحالة غير معروفة طبياً بشكل جيد.

- القرنية المخروطية Keratoconus :

وهو مرض وراثي تكون فيه القرنية على شكل مخروط وتسبب تشويش في مجال الرؤية وضعف في حدة البصر وهو شائع بين الإناث أكثر من الذكور.

- أمراض الرمد الصديدي والربيعي والجيبي : وهي ناتجة عن التحسس وعن الذباب وتسبب تقرحات في قرنية العين وتورم الأجفان واحمرار العين والتواء الرموش إلى داخل العين الأمر الذي يسبب جروحاً فيها والتهابات وضعف في البصر.

مرض الهربس Zostertherbis :

وهو مرض معدي سببه فايروس Virus يصيب العين ويحدث تقرحات في القرنية تسبب اعتام في العين وضعف في الإبصار ويجب معالجة الحالة بشكل مبكر.

- الأمراض الطفيلية التي تسبب الثوكوبلازما وهو مرض ناتج عن نوع معين من الطفيليات الأحادية الخلية Protozoa ويكون المرض على شكل طفح rashعلى الجفن eye lid والتهاب شبكة العين قد ينتج عنه فقدان البصر.
- الجذام وهو مرض معدي يصيب الجهاز العصبي الطرفي والعينين ويسبب التهابات فيها ومشاكل في الرؤيا.
- مرض الزهري وهو مر في ينتقل من الأم المصابة به أثناء الولادة إلى عيون الطفل ويسبب له التهابات فيهما الأمر الذي يسبب إعاقة بصرية لدى الطفل ناتجة عن بكتيريا هذا المرض.

- عمى الألوان Colour blindness :

وهو حالة وراثية لا يستطيع الشخص فيها التمييز بين الألوان خاصة الأحمر والأخضر بسبب خلل في المخاريط ولذلك تتأثر حدة البصر وتضعف بشكل ملحوظ وتحدث رأرأة في مجال الرؤية.

- الأورام الخبيثة eyes cancer :

يصيب الورم الشبكية وينتشر إلى العصب البصري ثم إلى الدماغ الأمر الذي يضطر الطبيب لاستئصال العين المصابة.

- توسع الحدقة الولادي Aniridia :

وهو تشوه تكون فيه حدقة عين الطفل واسعة بسبب عدم تطور نمو القزحية في العين ويُحدث حساسية مفرطة للضوء لدى المصاب وإلى حدوث رأرأة وميله سوداء وضعف في حاسة البصر.

نسبة انتشار الإعاقة البصرية :

هناك اختلاف في البيانات التي تقدمها الإحصائيات الخاصة بالإعاقة البصرية من قطر إلى قطر آخر ولكن هناك شبه إجماع على أن ما بين 15-50 من كل 1000 شخص لديهم إعاقة بصرية شديدة وأن هذه النسبة تزداد مع تقدم العمر وأن 0.5٪ - 1.5٪ من أطفال سن المدرسة يعانون من اضطرابات بصرية ذات دلالة.

تصنيفات الإعاقة البصرية :

يصنف المعوقون بصرياً إلى فئتين :

1- المكفوفون Blind.

2- المبصرون جزئياً Partially sighted.

إن حدة البصر هي قدرة العين على أن تعكس الضوء ليتركز على الشبكية وحدة الإبصار العادية هي 20/20 وإذا كانت حدة البصر عند الفرد 60/20 فإن ذلك يعني أن هذا الشخص لا يرى إلاّ عن بعد 20 قدماً ما يراه الآخرون على بعد 60

قدماً والمكفوف هو الشخص الذي تكون حدة إبصاره اقل من 200/20 إن صلاحية الإبصار تعتمد على مجال الإبصار الذي هو المساحة الكلية التي يستطيع الإنسان العادي رؤيتها في لحظة ما دون أن يحرك مقلتيه ويقاس بالدرجات وهو يبلغ حوالي 180 درجة عند الإنسان الذي يتمتع بقدرات بصرية طبيعية فإذا كان المجال البصري يساوي 20 درجة فأقل فإن الإنسان يعتبر مكفوفاً. والمكفوف هو من فقد بصره كاملاً أو الذي يستطيع أن يرى الضوء فقط ويعتمد على حاسة السمع والحس في عملية التعلم.

أما ضعاف البصر فهم الأفراد الذين تتراوح حدة إبصارهم ما بين 70/20- 200/20 في العين الأفضل والأقوى بعد التصحيح ويتمثل ذلك في عدم قدرة الفرد على تأدية الوظائف المختلفة بدون اللجوء إلى أجهزة بصرية مساعدة تعمل على تكبير المادة المكتوبة.

قياس وتشخيص الإعاقة البصرية :

تظهر على الأطفال أو الأفراد ذوي الاضطرابات والمشكلات البصرية أعراضاً تدل على وجود مشكلات بصرية ومن أهم الأعراض التي يظهرها أطفال ذوي المشكلات البصرية ما يلي :

- تقريب أو إبعاد المادة المكتوبة من العينين.
- صعوبة في رؤية الأشياء البعيدة.
- صعوبة في رؤية الأشياء القريبة.
- فرك العينين.
- احمرار العينين.
- تكرار رمش العينين.
- تغطية إحدى العينين عند القراءة أو رؤية الأشياء القريبة أو البعيدة.
- الحول.
- الشعور بالصداع عند القراءة.

- خروج إفرازات من العينين مثل الصديد.
- القشرة على الرموش والجفون.
- انتفاخ الجفون وظهور شحاذ العين بشكل متكرر.
- عدم تساوي حجم حدقتي العين.
- تحرك الحدقتين بكثرة.
- تدلي جفون العين.
- صعوبة في تركيز النظر.
- التوتر أثناء القيام بالمهمات البصرية.
- تجنب الإضاءة أو التذمر منها.
- شكوى من ألم في العين.
- النظر للأشياء من مسافة قريبة جداً.
- تجنب الأعمال التي تتم تأديتها من مسافة قريبة من العين.
- إدارة الفرد رأسه بدلاً من عينيه لينظر للأشياء.
- يتعب بسهولة بعد تأدية المهمات البصرية.
- يخلط الأحرف والأرقام والأشكال المتشابهة.
- يصطدم بالأشكال الصغيرة.
- ضعف في التآزر البصري.
- لا يستطيع تتبع شيء يتحرك أمامه على بعد 25-30سم.

- التقييم التربوي - النفسي للأطفال المعوقين بصرياً وعيوبه :

- إن هذه الاختبارات ثم تطويرها على مجموعات من المبصرين.
- خبرات الأفراد المعوقين بصرياً تختلف عن خبرات المبصرين.

- حرمان المعوق بصرياً من المواد المعينة المناسبة وحرمانه من الفرص اللازمة لاكتساب المهارات والمعارف.
- حماية الأهل الزائلة حرصاً على سلامته.
- الاختبارات التقليدية غير مناسبة بدون تعديلات.

تعديلات مقترحة لتقييم الأطفال المعوقين بصرياً :

- تقديم تعليمات وتوضيحات لفظية إضافية.
- توجيه الكفيف جسدياً لتفحص المواد من خلال لمسها.
- تحويل فقرات الاختبار إلى شكل لمسي **tactile** أو سمعي **audable**.
- استخدام الملاحظة المباشرة.
- المقابلات والاستبانات وقوائم التقدير.

إن عملية تقييم القدرات البصرية عند الفرد يعتمد عليه التربويون في تصميم البرامج التربوية والتعليمية والمفاهيم الخاصة بهم وطرق تدريسهم وتدريبهم وتأهيلهم ومتابعتهم لكي يعرف المعلم ما يعلم وإن يعرف حاجة المتعلم فالتقييم يقدم تغذية راجعة عن البرامج ويجنب مصممي البرامج الوقوع في الأخطاء وتجنب العثرات.

الخصائص النفسية - التربوية للأفراد المعوقين بصرياً :

أولاً : في مجال النمو المعرفي :

إن للإعاقة البصرية تأثيرات كثيرة على مظاهر النمو المختلفة تعتمد على طبيعة هذه الإعاقة وعمر المصاب ودرجة الإعاقة وشدتها ونوعها ونوعية الإعاقة المرافقة لها ووجود الفرص المتاحة للنمو. إن الإعاقة البصرية تعيق النمو المعرفي لأنها تحد وتمنع من إمكانية تكامل وفهم الخبرات التي يمر الإنسان المبصر بها بصورة طبيعية من خلال حاسة البصر ومن أهم مظاهر عدم النمو المعرفي الناتج عن الإعاقة البصرية ما يلي :

- صعوبات في تعلم المفاهيم.
- عدم قدرة الكفيف على تنظيم العالم الخارجي.
- الاعتماد على حاسة اللمس والسمع لتكوين المفاهيم.
  وهذه لا تزود الإنسان بالمعلومات الوافية الكاملة.
- تدني أداء المعوقين بصرياً مقارنة مع المبصرين على اختبارات الذكاء المقننة.
- **في مجال النمو اللغوي** ومن أهم مظاهر إعاقة هذا النمو ما يلي :
- صعوبة في التواصل مع الآخرين.
- لا يستخدمون اللغة غير اللفظية non verbal language لأنهم غير قادرين على اكتسابها.
- عدم قدرتهم على رؤية المشاعر والأفكار التي يعبر عنها عادة بالإيماءات عند المبصرين مثل حركات الجسد gestures والابتسام ونظرات الغضب.
- المكفوف يستخدم كلمات لم يشتقها من خبرته الذاتية ولكنه يستخدمها للحصول على الموافقة الاجتماعية.
- يعاني المعوق بصرياً من نقص في معاني ودلالات الكلمات التي لها علاقة بالنمو الحركي ومن أهم الاضطرابات التي يعاني منها المعوقون بصرياً ما يلي :
- لزمات العمى أو الاستجابات الحركية النمطية.
- الحملقة في مصدر الضوء.
- تحريك اليدين بطريقة غير هادئة والدوران في المكان نفسه.
- تدني الدافعية للوصول للأشياء والبحث عنها لأنهم لا يعرفون أنها موجودة (ليست مدركة بصرياً).
- الاعتماد على تحديد مواقع الأشياء عن طريق حاسة السمع أو اللمس.
- مشكلات تتعلق بالتنقل والتعرف على الأشياء.

- **التحصيل الأكاديمي** : ويتمثل هذا القصور في المجالات التالية :
  - مشكلات خاصة ببعض أشكال معالجة المعلومات.
  - الصعوبة المتعلقة بالكتابة في مجال التعلم المعرفي.
- **النمو الاجتماعي**: الانفعالي ومن أهم الصعوبات في هذا المجال ما يلي :
  - اتجاهات الآخرين نحوه السالبة والمتدنية بسبب قصوره البصري.
  - تدني مفهوم الذات عند المعاق بصرياً نحو نفسه ونحو الآخرين.
  - ضعف الثقة بالذات.
  - ضعف التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
- تجنب الآخرين للمعاق بصرياً بسبب عدم قدرتهم مع التفاعل معه الأمر الذي يؤدي إلى عزلته.
- عدم قدرة المعاق بصرياً على تطوير الأنماط السلوكية الاجتماعية المناسبة بسبب عدم تفاعل الآخرين معه.
- السلبية والاعتمادية على الآخرين (العجز المتعلم).
- عدم قدرة الكفيف على الوصول إلى التنظيم السيكولوجي الكلي لديه.
- الشعور بالاحباط والعجز والفشل.
- الشعور بالاكتئاب والحزن.
- عدم الاستقرار النفسي والتكيف الاجتماعي.
- عدم قدرته على قضاء حاجاته إلا بمساعدة الآخرين.
- ضعف في الضبط الداخلي.
- ضعف في اكتساب المهارات الاجتماعية.
- ضعف في تلقي التغذية الراجعة عن الآخرين عن طريق البصر.
- مستوى عالٍ من القلق ومستوى أقل من العدوان.
- ضعف في تلقي المؤثرات البيئية عن طريق البصر.

- صعوبة في التنقل والتواصل الذي يكسب الفرد المعارف.
- المعاناة من مشكلات التميز والتحيز bias التي تعاني منها الأقليات.
- السلوكات غير الناضجة مثل التهريج والقهرية والتشتت.
- معاملة الناس له كإنسان بدون قيمة.

وتتأثر طبيعة حالات وخصائص الكفيف بعوامل كثيرة منها ما يلي :

- العمر عند الإصابة :

يتدخل العمر عند الإصابة بالعجز البصري درجة وجود التخيل البصري للأشياء في الفرد الذي يفقد بصره قبل الخامسة من العمر حيث لا يستطيع الفرد استرجاع الخبرات البصرية التي مر بها بعكس الفرد الذي فقد بصره في فترات أبعد من ذلك.

- هل العمى وراثي أو متكسب :

وتجدر الإشارة إلى أن طبيعة المشكلات الاجتماعية والنفسية عند من ولدوا عمى هي ليست كما هي عليه الحال عند من فقدوا بصرهم في مراحل عمرية أخرى.

- شخصية الكفيف :

إن السمات الشخصية للمكفوف تؤثر على نجاحه وفشله في التكيف مع العمى.

- شدة الإصابة :

تحدد شدة الإصابة بالعمى الكلي نوع التعليم الذي سيتلقاه الفرد عن طريق الحواس الأخرى.

- موقف الكفيف من العمى :

إن موقف الكفيف من العمى إذا كان متقبلاً كانت نظرته للحياة متفائلة وإيجابية ولكن إذا كان رافضاً لذلك فسيعاني من الصراعات النفسية والإحباط

والشعور بالفشل وعدم النجاح وهناك مشكلات أخرى تواجه الكفيف وتشمل خبرته بعالم الأشياء، إدراك الشكل والعلاقات المكانية ونقص الخبرة بالألوان والوعي المكاني وتكوين المفاهيم وصعوبة في معرفة صورة الجسم والاعتماد على الحواس الأخرى والحركة والتنقل واكتساب اللغة.

الخبرة لعالم الأشياء : إن المعاق بصرياً لديه نقص وعجز شديد وخبرة ذاتية في معرفة الأشياء كما هي تماماً إلا إذا جاءته هذه الخبرة عن طريق الأفراد الآخرين فهو لم يخبر الأشياء عن طريق حواسه فمعرفته بالعالم المحيط به محدودة بما يصفه له الآخرين وبالاعتماد على خبراته الحسية في مجال السمع واللمس فخبراته ناقصة ومشوهة ولذلك تكون معارفه في هذا المجال غير مناسبة وبناء على ذلك تكون لدى هؤلاء الأفراد مشكلات في المجالات التالية :

- معرفة الشكل والحجم والمظهر العام للشيء.
- عدم معرفة المكان الذي يتواجدون فيه وشكله وتضاريسه ومواقعه.
- عدم معرفة الأشياء كما هي في الواقع.
- الاعتماد على التشبيهات كتشبيه شيء بشيء آخر.
- عدم إدراك وجود الآخرين إلاّ من خلال أصواتهم أو لمسهم.
- إدراك الشكل والعلاقات المكانية ومن أوجه الصعوبة في هذا المجال الاعتماد فقط على حاسة اللمس في تحديد شكل المكان.
- **الخبرة بالألوان :** لدى المعاقين بصرياً مشكلات في معرفة الألوان بسبب مشاكل في شبكية العين وحدوث تلف فيها وعدم قدرتها على الاستثارة الضوئية ولا يصل المثير المستقبل بواسطة الشبكية إلى المخ وعندما تكون المراكز البصرية مصابة بالتلف الأمر الذي يؤدي إلى فقدان البصر ولذلك يكون إدراك الألوان معدوماً. كما أن الأطفال الذين ولدوا مكفوفين لا تكون لديهم خبرة بالألوان.
- تكوين المفاهيم وتظهر الصعوبات لدى المعاقين بصرياً في المجالات التالية :
- عدم وجود خبرات حسية بصرية عن الأشياء وكيف تتشابك مع بعضها البعض.

- صعوبة في التعلم بسبب عدم قدرتهم على استكشاف البيئة.
- لدى هؤلاء المعاقين نقصاً في الخيل والتصور في الأنشطة التي تتعلق بالمفاهيم.
- صعوبة في التجريد والميل إلى المفاهيم المحسوسة.
- عدم قدرتهم على رؤية الأشياء في صورتها الكلية الكاملة.
- احتياجهم إلى وقت أطول في تنمية وبناء إحساسهم بديمومة الشيء واستمراره بعد معرفته السابقة.
- معرفة الأشياء عن طريق المستوى الحسي والوظيفي.
- الوعي المكاني وصورة الجسم حيث يواجه المعاقون بصريا قصوراً في المجالات التالية :
  - هناك صعوبة في فهم العالم من حولهم.
  - صعوبة في معرفة الحجم والشكل والعمق والطول والعرض (المساحات).
  - صعوبة في تصور أجسامهم وأشكالهم وأشكال الأجزاء ولذلك يجب تدريبهم على كيف يستخدم هؤلاء الأطفال أجزاء أجسامهم وتنظيم استجاباتهم للتعليمات والإرشادات اللفظية التي توجه إليهم وتعريفهم بمستويات الجسم مثل الجانبين والمقدمة والظهر وتعليمهم تسمية أجزاء الجسم وتحديد موقع كل منها وتعليمهم تحريك عضلاتهم وأجزاء جسمهم الإرادية ومعرفة الجهة اليمين واليسار من البدن.

صعوبات في مجال اكتساب الكلام واللغة عند المعاقين بصرياً :

- تعلم الكلام أبطأ لدى المعاقين من العاديين.
- صعوبة في اكتساب معاني الألفاظ وتكوين المفاهيم.
- إطلاق مسميات على أشياء لا يعرفها.
- صعوبات في حاسة السمع الأمر الذي يخلق لديه صعوبة في تعلم اللغة.
- عدم معرفة رسائل الآخرين غير اللفظية.

- قصور في طبيعة الصوت بشكل أكبر من المبصرين.
- تنوع محدود في الأصوات مقارنة مع الآخرين.
- صوت أعلى من صوت المبصرين.
- يتحدث المعاق بصرياً ببطء.
- اعتماده على نبرات الصوت وليس على رسائل الجسد.
- الكلام المفرط لجلب الانتباه.
- تأخر لغوي.
- صعوبة في استعمل اللغو بشكل صحيح.
- لغة الببغاء / تكرار ما يسمعه.
- استبدال الأصوات (ش) بـ (س).
- التحريف : استبدال أكثر من حرف في الكلمة بأحرف أخرى تـؤدي إلى تغـير في المعنى.
- استخدام أصوات لا تتناسب مع طبيعة الحدث.
- استعمل نبرة واحدة أثناء الحديث.
- القصور في استخدام الإيماءات.
- القصور في الاتصل بالعين.
- الإفراط في الألفاظ على حساب المعنى.
- قصور في التعبير.
- صعوبة في مجل التوجه والحركة والانتقل وتبرز في المجالات التالية :
- لا يتوجه إلى المكان إلا بصحبة الآخرين.
- عدم القدرة على تحديد المكان.
- صعوبة في الوصول إلى الأشياء.

- صعوبة في التآزر الحركي.
- عدم إتقان المهارات الحركية مثل الجري والوقوف والجلوس.
- محدودية الحركة.
- القصور في تناسق الإحساس الحركي.
- نقص في المفاهيم الخاصة بالأمكنة.
- فقدان الحافز للمغامرة.

طرق الوقاية من الإعاقة البصرية :

من طرق الوقاية لتجنب الإعاقة البصرية ما يلي :

- التأكد من تاريخ الأسرة لكلا الزوجين وخلوهم من أمـراض وراثيـة قـد تكـون مسؤولة عن إنجاب أطفل معاقين بصرياً.
- فحص العين بشكل منتظم ومراجعـة الطبيـب في حالـة حـدوث اضطرابـات أو التهابات في العين.
- استخدام القطرات الطبية المناسبة التي يصفها الطبيب لاستخدامها عنـد الـولادة مثل مرهم البنسلين لقتل الجراثيم.
- اللجوء إلى فحص البصر من حين لآخر.
- استعمل النظرات الطبية التي يصفها الطبيب لمنع تفاقم العجز البصري.
- معالجة مرض التراخوما.
- اختبار الطفل على معرفة الألوان.
- تناول الفيتامينات وتجنب مشاكل سوء التغذية وتناول الجزر والبيض.
- قياس ضغط العين وتقعر القرص البصري.
- تطعيم الأم ضد الحصبة الألمانية قبل الحمل.
- تجنب الأم الحامل لتناول الأدوية والعقاقير إلاّ بأمر الطبيب.

- تجنب الأم الحامل للأشعة السينية.
- وقاية العين من التعرض للجروح.
- العناية بنظافة العين باستمرار.

برامج الوقاية من الإعاقة البصرية :

إن لبرامج الوقائية لا تقع مسؤوليتها على طرف واحد كالأسرة مثلاً بل أنها تمتد لتشمل دور المؤسسات الاجتماعية والحكومية والصحية والإعلامية ودائرة السير ودور المرشد التربوي في المؤسسات التربوية وغيرها.

أولاً : دور الأسرة : يتمثل دور الأسرة في المجالات التالية :

- اختيار الزوج والمزوجة بحيث يكونا خاليين من أمراض لها علاقة بمشكلات البصر خاصة الوراثية وذلك بإجراء الفحوصات اللازمة قبل الزواج.

وتجدر الإشارة أن العامل الريزيسي له دوراً في ذلك ومرض الضمور الشبكي التلوثي وهو مرض وراثي حيث يفقد المصاب به خاصة البصر في سن الشباب.

أما طرق الوقاية أثناء الحمل فتشمل ما يلي :

- عدم تناول الأم الحامل للأدوية أثناء الحمل إلاّ باستشارة الطبيب.
- عدم التعرض للأشعة السينية (أشعة اكس).
- تناول الطعام الغني بالفيتامينات.
- الابتعاد عن الكحول والتدخين.
- الابتعاد عن المصابين بأمراض العين المعدية.
- حماية العين من التعرض للحوادث والجروح.
- تطعيم الأم الحامل ضد الأمراض.
- تجنب الولادة العسرة.

أما طرق الوقاية بعد الولادة فتشمل ما يلي :

- المحافظة على نظافة العين باستمرار واستخدام القطرة اللازمة لها.
- فحص النظر باستمرار.
- عدم التعرض للحوادث التي تسبب جروح أو نزف في العين.
- معالجة الأمراض مثل السكري وغيره.
- استعمل نظارات واقية للعيون (نظارات طبية).
- استعمل النظارات الشمسية في حالة تحسس العين للضوء الشديد.

دور وزارة الصحة ويشمل التثقيف الصحي ومراكز الأمومة والطفولة وقسم خدمات الصحة المدرسية ومركز تشخيص الإعاقات المبكر.

أولاً : دور شعبة التثقيف الصحي ومن أبرز خدماتها ما يلي :

- تثقيف المواطنين بأهمية المطاعيم ودورها في وقاية العين من الأمراض.
- طرق الوقاية من الحوادث المنزلية التي تسبب مشاكل للعين.
- التوعية بأهمية الغذاء.
- تقديم الإسعافات الأولية وتعليمها للأهل والمواطنين.
- تعريف الأهل بطرق الوقاية من الأمراض السارية.
- استخدام وسائل الإعلام لهذه الأغراض.
- عقد دورات للتثقيف الصحي للمواطنين.
- إصدار نشرات وملصقات تتعلق بطرق حماية العين.
- إلقاء محاضرات وعقد ندوات تخدم أغراض الوقاية من العجز البصري.

ثانياً : قسم خدمات الصحة المدرسية ويقدم الخدمات التالية :

- إجراء فحوصات طبية دورية شاملة لطلاب الصف الأول الأساسي للكشف وتشخيص الحالات المرضية بشكل مبكر والعمل على علاجها.
- التلقيح بالمطاعيم الواقية من الأمراض السارية.

- توعية طلبة المدارس بطرق النظافة والمحافظة على سلامة العين.
- تحويل المصابين إلى الطبيب المختص.
- تدريب المعلمين على تقديم الإسعافات الأولية.

ثالثاً : مراكز الأمومة والطفولة وتقدم الخدمات التالية :

- إجراء فحوصات للأم الحامل.
- تقديم العلاجات اللازمة.
- إرشاد الأم الحامل بطرق وقاية الطفل من الإصابة بأمراض العين وإرشادها في فترة الحمل وأثنائه وبعده لكي تتجنب إنجاب أطفال ذوي إعاقات بصرية.
- الزيارات المتكررة للحوامل والاهتمام بصحة الوليد.
- تطعيم الأطفال بالمطاعيم اللازمة.
- تثقيف الأمهات وتدريبهن في مجال صحة العين.

رابعاً : مركز تشخيص الإعاقات المبكرة (تابع لوزارة الصحة) وابتدأ العمل به عام 1990 وهو يقدم الخدمات التالية :

- تشخيص وتقييم وتصنيف حالات الإعاقة البصرية حتى سن 18.
- تقديم خدماته للمناطق البعيدة وتكون على شكل زيارات لهذه المواقع.
- يقدم استشارات للأزواج المقبلين عليه.
- الكشف المبكر عن أمراض العيون.
- متابعة التشوهات الخلقية.

خامساً : دور وزارة التنمية الاجتماعية/مديرية التربية الخاصة وتقدم الخدمات التالية :

- تدريب المعلمين لتقديم التوعية الأسرية في مجال الوقاية من الإعاقة البصرية.
- اكتساب خبرات عالمية في مجال الوقاية من الإعاقة البصرية عن طريق حضور المؤتمرات الدولية المهتمة بذلك.

- التعاون مع المؤسسات التربوية والصحية.
- تقديم مساعدات مادية وغذائية للمحتاجين للوقاية من الإعاقة البصرية.

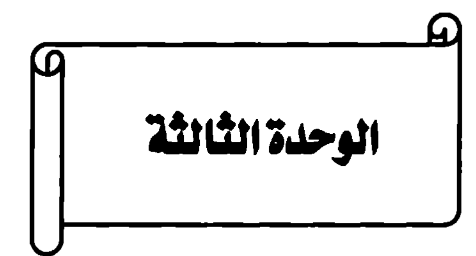
سادساً : دور دائرة السير (الأمن العام) وتقدم الخدمات التالية :

- مساعدة المواطنين والسائقين لعدم التعرض لحوادث السير.
- تثقيف المواطنين بطرق الوقاية من التعرض لحوادث السير التي قد تسبب فقدان البصر.
- إلقاء محاضرات في المواطنين عن طريق عقد الندوات للحد من حدوث حوادث السير.
- تثقيف الطلبة بالتوعية المرورية.
- عدم إطلاق الأعيرة النارية في الأعراس.

نصائح عامة للوقاية من الإعاقة البصرية :

- المحافظة على نظافة البيت باستمرار.
- عدم استخدام مناديل ومناشف الأشخاص المصابين بأمراض العين.
- المحافظة على نظافة العين باستمرار واستخدام القطرات اللازمة ومراجعة الطبيب باستمرار وإجراء الفحوصات اللازمة.
- إبعاد الأدوات التالفة والحادة عن متناول أيدي الأطفال.
- عدم تعريض العين للأشعة فوق الحمراء أو البنفسجية أو للأشعة الناتجة عن استعمال أجهزة لحام الأوكسجين.
- استعمال العدسات والنظارات الطبية والشمسية إذا لزم الأمر.
- عدم عبث الأطفال بالأجسام الصلبة وقذف الحجارة على الآخرين.
- تجنب استعمال الأطفال للمنظفات مثل الهايبكس وغيرها التي قد تدخل إلى عيونهم.

- الانتباه لدرجة حرارة الجسم والعمل على معرف أسبابها والعمل على تخفيضها.
- عدم استعمل أدوية الأطفل الآخرين في حالة طفلك.
- عدم ترك الأدوية في متناول أيدي الأطفل.
- الجلوس على مسافة معتدلة عند مشاهدة التلفاز.
- تجنب الظلام الدامس والأشعة المبهرة.
- عدم الإطالة في مشاهدة التلفاز.
- مراجعة الطبيب عند حدوث أي شكوى من العين.
- لا تفرك العين عند دخول جسم صلب داخلها واعمل على إخراجه بلطف.



3

الكفيفون تحت المجهر

دراسات عن الكفيفين تشمل القدرات التالية:

- التكيف
- الذكاء
- التخيل
- الشخصية
- اتجاهات الأهل نحو العمى
- الأوهام لدى العمي
- العوامل التي تلقي دوراً في شخصية الكفيف وتؤثـر على شخصيته

بحث موهل 1930م:

أولاً: أجرت موهل Mohel دراسة على المفكوفين تتعلق بمخاوفهم وقلقهم وأحلامهم على عينة من الأطفل المكفوفين وكانت عن طريق إجراء مقابلات فردية، أشارت نتائج هذه المقابلات إلى ما يلي:

- أنهم يعانون جموداً في سلوكهم يرجع إلى عوامل إنفعالية وليس الي عوامل عضوية محضة.
- أن لديهم أنواعاً مختلفة من الأوهام.
- أن لديهم شعوراً بالنقص.
- أنهم يستعملون آليات الدفاع التعويضية مثل التبرير والإسقاط.

ثانياً: بحث بروان 1938م:

طبق بروانBrown اختبارين من اختبارات الشخصية على 218 كفيفاً تتراوح أعمارهم بين 16-22 سنة وعلى 359 شخصاً مبصراً من طالبات وطلاب المدارس العليا ولقد أشارت النتائج عند مقارنة المجموعتين بالنسبة للاختبار الأول وكان يتعلق بالعصاب Neurosis إلى أن المكفوفين أكثر تعرضاً للإصابة بالاضطرابات الانطوائية Extroversion والانبساطية Introversion فقد أشارت النتائج إلى عدم وجود فروقات بين المجموعتين المبصرين والعمي وأشارت إلى أن الذكور أقل انطوائية من الذكور المبصرين وأن الإناث العمي أكثر انطوائية من المبصرات.

ثالثاً: بحث سومرز 1944م:

درست سومرز Somers اتجاهات الوالدين وأثر البيئة الاجتماعية على سلوك المراهق الكفيف ونمو شخصيته واشتملت العينة 143 مراهقاً ومراهقة منهم

86 ذكراً و57 أنثى وطبقت عليهم اختبار كاليفورنيا للشخصية وعلى أمهاتهم للتعرف على اتجاهتهن نحو أطفالهن العمي وقد اشتملت العينة على مكفوفين كلياً أو أصيبوا قبل سن السادسة وكانت أعمارهم تتراوح بين 14-22 عاماً، وكانت نسب ذكائهم على مقياس بينيه Binet وهايز Hayez بين 89-168 وكان لهم أخوة في المنزل وكانت النتائج كما يلي:

- أن درجة تكيف المكفوفين الاجتماعي أقل من المبصرين.
- أن قدرات المكفوفات على التكيف أكبر من قدرة المكفوفين الذكور.
- أن سوء التكيف والاضطرابات الانفعالية عند الكفيف يرجع إلى عوامل اجتماعية أكثر من رجوعه إلى عامل فقد البصر.

أما بالنسبةُ لاتجاهات الوالدين نحو المكفوفين فكانت كما يلي:

- اتجاهات نحو تقبل العجز.
- اتجاهات نحو إنكار العجز.
- اتجاهات نحو تدليل الطفل وازدياد الحنو عليه.
- اتجاهات نحو رفض الطفل بشكل واضح.
- اتجاهات نحو رفض الطفل بصورة مقنعة.

أما نتائج الدراسة نحو اتجاهات الأطفل المكفوفين نحو والديهم فكانت كما يلي:

- أن هؤلاء الأطفل يقومون بسلوكيات تعويضية.
- إنكارهم للعجز الذي يعانوه.
- أن لديهم سلوكيات دفاعية.
- أن لديهم سلوكيات إنسحابية.
- أن لديهم أنماط سلوكية غير متكيفة.

رابعاً: بحث مك أندرو 1950م:

أجرت مك أندرو Mick Androw دراسة على الجمود في الشخصية وهي دراسة مقارنة بين المكفوفين والصم والمبصرين حيث وضعت التعريف التالي لمعنى الجمود وكانت التعريف كما يلي:

- النقص في القدرة على التغيير والملاءمة مما يؤدي إلى استمرار تكرار أنواع النشاط بما يتعارض مع القدرة على التكيف في المواقف المختلفة وقد اشتملت العينة على 25 أصماً و 25 كفيفاً و 25 مبصراً من نفس العمر الزمني والعقلي ولقد أشارت أن الصم أكثر جموداً ومن ثم يأتي بعدهم المكفوفين ثم المبصرون ولقد بررت مك أندرو ذلك إلى قلة تفاعل هؤلاء الصم مع البيئة التي يعيشون فيها لذلك أصبحوا معزولين ومتحجري الشخصية Catatonic.

خامساً: بحث بريلاند 1950م:

أجرى بريلاند Briland دراسة على مجوعتين أحدهما تجريبية تتكون من 84 تلميذاً كفيفاً والأخرى مقارنة اشتملت على 84 تلميذاً مبصراً تتراوح أعمارهم بين 12-18 سنة وطبق عليهم مقياس بل Bill في التكيف ولقد أشارت النتائج إلى أن المكفوفين يعانون من ضعف في صحة أجسامهم أكثر مما يعانيه المبصرين وأن لديهم نقصاً درجة تكيفهم الانفعالي والاجتماعي.

سادساً: بحث باركر 1953م:

أجرى باركر Barker دراسة على المكفوفين استخدم فيها مقاييس مختلفة للشخصية ولقد أشارت نتائج ستة منها إلى أن المكفوفين يتكيفون بشكل غير مناسب على عكس المبصرين ووجد بأن تسعة مقاييس لم تظهر إلى وجود أية فروقات بين المجموعتين.

سابعاً: دراسة كتسفورت 1951م:

هدفت الدراسة إلى معرفة أوهام Dillutions الكفيف واشتملت عينة الدراسة 84 فتى وفتاة كانت قدراتهم البصرية تقتصر على حدود تميز الضوء والظل ومنهم من ولد أعمى ومنهم من فقد بصره في مراحل زمنية مختلفة وكانت أعمارهم تتراوح بين 7-25 عاماً، ولقد قسم كتسفورت Kitsforth الأوهام عندهم

إلى ثلاثة أقسام وهي كما يلي:

- أوهام لها علاقة بمحاولة تحرير الكفيف نفسه من اتجاهات المجتمع نحوه وتسعى هذه الأوهام إلى تحطيم مصادر المضايقة المتمثلة في اتجاهات الآخرين.
- أوهام يظهر الكفيف نفسه فيها بطلاً قادراً على الاختراق وكان ذلك يشير إلى أوهام البرانويا **Baranoia**.
- أوهام تحتوي على الانسحاب.

ولقد استنتج كتسفورت بأن الكفيف يستخدم هذه الأوهام سواء كانت بطولية أو انسحابية كوسائل هروبية من الحيلة وإيجاد عالم خاص لنفسه ليجد نفسه فيه على غرار عالم أحلام اليقظة ومن الواضح أن دراسته أهملت عامل العمر ومعامل الذكاء وأثرهما على وجود الأوهام.

ثامناً: دراسة سمث **Smith** وبوهلر **Bohler** وجوسلد **Gosled** على الأوهام عند المبصرين ولقد أشاروا جميعاً إلى وجود اختلافات عندهم بحسب مراحل النمو، فلقد أشارت أبحاث سمث إلى وجود اختلافات بين محتويات أوهام الذكور عن محتويات أوهام الإناث يجب أخذها عند الأطفال المبصرين ولقد حدد معايير عند دراسة أوهام المكفوفين منها ما يلي:

- عامل العمر الزمني.
- عامل الجنس.
- تحديد المجموعة من المكفوفين بذات العمر وزمن حدوث الإصابة ودرجة الإبصار عند الكفيف.

والحقيقة أن شخصية الكفيف يمكن أن تتحدد بما يلي:

- العوامل الفيزيولوجية.
- العوامل الاجتماعية.

أولاً: العوامل الفيزيولوجية وأثرها على شخصية الكفيف:

- نشاط أعضاء الجسم وكمالها ودقتها.
- قيام الأعضاء بوظائفها بشكل أو بآخر.
- حالة الكفيف البيولوجية التي تؤدي إلى انفعالاته واضطرابات سلوكه، إن النقص والعجز في حاسة البصر عند الكفيف تلعب دوراً كبيراً في سمات شخصيته فتحدد نشاطاته الاجتماعية وطرق تعليمه وتفاعله الاجتماعي وغيرها.

ثانياً: العوامل الاجتماعية وأثرها على شخصية الكفيف

- تتأثر شخصية الكفيف بالأعراف والتقاليد السائدة في مجتمعه ونظرة هذا المجتمع إلى الكفيف.
- تتأثر شخصيته بمدى تقبله أو رفضه لواقعه الاجتماعي وردود أفعاله اتجاهها.
- الأنماط السلوكية التي يبديها تجاه المعايير الاجتماعية.
- محاولته في تكييف نفسه مع المعايير الاجتماعية.

ثالثاً: العوامل التي تؤثر في شخصية الكفيف

- العوامل الوراثية مثل الأمراض الوراثية التي لها علاقة بالأمراض.
- العوامل المكتسبة مثل وسائل تربيته وتعليمه ودور الأهل والمدرسة والمجتمع.
- درجة العجز البصري وشدته الذي يؤثر على أنماط سلوكه المختلفة.
- خبرات الكفيف في مجال حاسة البصر ومحاولة تعويضها بباقي الحواس الأخرى لديه.
- قصوره في تكوين المفاهيم عن المسافات والأشكال والألوان أو الأجسام المؤذية.
- اعتماده على التفاعل عن طريق حاسة الذوق واللمس والسمع فهو يقدر المسافات عن طريق سماعه للصوت الصادر عنها وهو يعرف طبيعة الجسم الذي يحدث الصوت ويعرف الأماكن عن طريق حاسة الشم والروائح المرتبطة بأمكنتها.

- إن خبرات هذا الفرد محصورة أيضاً بسبب قصوره الحركي فهو لا يستطيع التحرك بنفس السهولة التي يتحرك فيها المبصرون وليست لديه المهارات الحركية المناسبة ولذلك فإنه يشعر بالخوف وعدم الأمن والخوف من السقوط.
- حاجة الكفيف إلى الاعتماد على الآخرين بسبب قصوره البصري يلعب دوراً في تكوين شخصيته وبدرجة تكيفه مع ظروفه البيئية.
- ميل الكفيف نحو الانسحاب أو العدوان تلعب دوراً في تكيفه مع من هم حوله.
- إن قصور الكفيف الحركي يحد من تفاعلاته مع الآخرين ويقلل من خبراته الحياتية ويجعله أكثر تعرضاً للإجهاد العصبي والشعور بعدم الأمن وخيبة الأمل وتسبب له التوتر والقلق.
- يتعرض الكفيفْ إلى القبول في أحيان وإلى الرفض في أحيان أخرى الأمر الذي يجعله غير مستقر نفسياً وانفعالياً.
- يعاني الكفيف من صراعات الأقدام والأحجام فهو يريد أن يخرج من عالمه الضيق إلى عالم المبصرين وهو سيكون عندها بحاجة إلى الاستقلال والتحرر ولكنه يصطدم بنواحي عجزه حيث يرتد نحو نفسه وينسحب إلى عالمه المحدود الخبرة.
- عدم قدرة الكفيف على السيطرة على بيئته تجعله يشعر بعجزه وقلة اكتسابه للخبرات المختلفة كما هو عليه الحال عند المبصرين لذلك فهو يصاب بالقلق والخوف والنفور وعدم الرضا.
- يتعرض الكفيف للسخرية والاستهزاء والاعتداء عليه واغتصاب حقوقه ومع ذلك فهو يحاول إرضاء جماعته لينال الرضا والأمن لأنه غير قادر على الرد والدفاع عن نفسه.
- عدم قدرة الكفيف على مجاراة حيلة الشخص المبصر فهو يعيش في عالمين عالم المبصرين وعالم الكفيفين ولذلك فهو يلجأ إلى الحيل الدفاعية ليغطي نواحي العجز عنده فهو غير قادر على أن يكون مبصراً وليست لديه تجارب وخبرات المبصرين وهو غير قادر على تلبية حاجاته وإشباعها.

قدرات الكفيف وقد تشمل مستوى الذكاء والتصور والتخيل عند الكفيف:

ينقسم الناس تجاه ذكاء الكفيف إلى قسمين وهما كما يلي:

- قسم يقول بأنه يتمتع بذكاء كذكاء الناس العاديين ويقدمون أمثلة على ذلك.

بعض المشاهير العمي:

- فهومر الذي قدم للأدب في مسرحية الالياذة والأوديسة.
- ديدموس Didymus الذي كان استاذاً وفقيهاً واخترع حروف للقراءة.
- نيكولاس ساوندرسن Nicholas Sauaderson الذي أصبح عالماً في الرياضيات وأستاذاً في جامعة كامبردج.
- جول متالف John Metealf الذي أصبح مهندساً في شق الطرق.
- ماريا تيريزيا Maria Thereaia التي اشتهرت في مجال الموسيقى.
- ميلتون الذي كان عبقرياً شهيراً.
- لويس بريل Luiais Braille صاحب طريقة بريل للقراءة والكتابة للعمي التي يستعملها العمي لحد الآن.
- أبو العلاء المعري Marrie الشاعر العربي المعروف.
- بشار بن برد وهو شاعر عربي معروف.
- الفضل بن محمد القصباني وهو نحوي معروف.
- شافع بن علي بن عساكر العسقلاني.
- أبو القاسم عبد الرحمن بين يحيى الإسلامي.
- الإمام الذهلي.
- الدكتور طه حسين عميد الأدب العربي.

القسم الآخر يقول بأن هناك من هم أذكياء منهم وكذلك من المبصرين والفصل القاطع لمعرفة الفروق بين المبصرين الأذكياء والعمي المبصرين يجب أن يتم

من خلال ما يلي:

- اختلاف المقاييس.
- المقارنة الإحصائية.

ولقد دلت نتائج الاختبارات التي طبقت على المكفوفين والمبصرين إلى ما يلي:

- تدني الذكاء العام بالنسبة للمكفوفين عنه عند المبصرين ولكن ليس فرقاً شاسعاً لذلك يمكن إهماله.
- المعلومات العامة عند المكفوفين أقل من ما هي عليه لدى المبصرين، وهذا شيء منطقي لأن الحصيلة المعرفية للمبصرين ستكون أكثر من الحصيلة المعرفية لدى العمي.
- نسبة المتخلفين في الذكاء أعلى عند المكفوفين منها عند المبصرين.
- نسب الذكاء عند العمي والمبصرين تتكاثف حول الوسط.
- التصور البصري لدى المكفوف:

ينقسم الناس إلى قسمين لحو هذه النقطة وهما كما يلي:

- أن الكفيف لديه بصيرة **Insight** يعوض بها عن عجزه البصري فهو قادر على وصف الأشياء كما يصفها المبصر ومثل ذلك قصيدة بشار بن برد في وصف الجيش والحقيقة أن الكفيف لا يرى الصور التي تحدث ولكنه يستمد خبراته من تجارب وخبرات وأحاديث الآخرين وليس أصدق على هذا القول من أن الكفيف يقول أن السماء زرقاء أو أنها غائمة فهو لا يرى السماء وإنما يقرن حالتها بما يحسه من هواء بارد أو دافئ أو غيره وكذلك يقول بأن الطعام فاسد أو محروف دون أن يراه بل بالاعتماد على حاسة الشم لديه فهو يعرف عن طريق الارتباطات الاقترانية بعكس من هو عليه الحال عند المبصرين وأن التصور البصري في الحقيقة هو القدرة على استدعاء ما سبق وأن يشاهده الفرد وهذا غير موجود عند العمي حيث أنهم لا يرون الأشياء خاصة إذا أصيبوا بالعمى منذ الولادة وحتى لو

اكتسب الأعمى الذي ولد حديثاً بعض الخبرات وكان قادراً على تصورها بعد ذلك فإنه سيفقد القدرة على تذكرها مع مرور الزمن والحقيقة أنه لا يوجد تصور بصري لدى العمي ولكن لديهم نوعاً من النشاط التخيلي أثناء اليقظة.

القسم الآخر يرى بأن العمي ليست لديهم قدرة على التخيل البصري للأسباب التي ذكرت سابقاً والمتمثلة فيما يلي:

- أن خبرات الكفيف محدودة وهو لم يرى ما يحدث أمامه ليصفه.
- أنه يتعرف على الأشياء نتيجة الارتباطات الاقترانية.
- التخيل ويشمل استرجاع الصور الحسية في الذهن وربط هذه الصور بعضها ببعض بحيث تحدث مركبات ذهنية جديدة فالشخص الكفيف تماماً وولد كذلك لن يستطيع تخيل شيئاً لم يره فهو ليس عنده شيء أصلاً عن صورة الشيء فكيف سيعرف كيف هو وكيف سوف يسترجع صورته أو يربط صورته مع صورة أخرى ولذلك فهو غير قادر على الرسم.

الوحدة الرابعة





- العوامل المؤثرة في شخصية الكفيف
- الاتجاهات ومواقف الآخرين
- آثار العمى على شخصية الكفيف
- مشاكل التكيف الخاصة بالمعاق
- مشكلات التأهيل المهني والحصول على عمل
- مشكلات التكيف مع المعلمين والأصدقاء

للكفيف خصائصه النفسية والاجتماعية الناتجة عن إصابته بالعمى وتتأثر شخصيته إلى حد كبير بالتجارب التي يمر بها وبعوامل البيئة وتتأثر شخصية الكفيف بعوامل عديدة تتعلق بحدة النظر (درجة النظر) وعمره عند حدوث العجز البصري وأسباب إعاقته وحالة العين وشكلها وبقدرته على الحركة والبيئة وحالته النفسية ومشكلاته التكيفية مع الأهل والرفاق في المنزل ومجتمع المدرسة والجيرة (الحي) الذي يعيش فيه.

أولاً: درجة النظر

إن المشاكل والاضطرابات البصرية ليست واحدة من حيث أسبابها وأنواعها وشدّة الإصابة ومجال النظر والقدرة على الإبصار أو عدمه أو المستوى المتدني من الإبصار فمنهم لا يستطيع أن يرى شيئاً ومنهم من يستطيع أن يميز نزراً يسيراً من الأضواء وأن هذه العيوب بمستوياتها المختلفة تترك آثاراً متفاوتة على حركة وتنقل الشخص الكفيف وعلى قدرته على التعلم وقدرته على التفاعل الاجتماعي والتأهيل المهني والتربوي وعلى درجة شعوره بالعجز وعلى ثقته بنفسه وقدرته على الاعتماد عليها وعلى قضاء حاجاته وعلى مستقبله الزواجي وفرصة تكوين أسرة خاصة به وعلى نوع المعينات البصرية التي سيستخدمها وعلى الأعباء المالية التي تتطلبها درجة إعاقته عليه أو على أسرته، وعلى إحساسه باللياقة والكفاية.

ثانياً: عمر الكفيف عند حدوث الإعاقة

إن خبرات الكفيف المتعلقة بالمكان والألوان والأشكال والأحجام والمساحات وصور الأشياء وغيرها تتحدد عنده بحسب العمر الذي أصيب به بالعجز البصري فالأطفال الذين يولدون عمياً فإن هذه الإعاقة تكون قد حرمتهم من تكوين مفاهيم عديدة عن الأشياء من حيث أحجامها وألوانها وخصائصها ولن تكون لديهم تجارب ذات علاقة بهذه الأشياء وأن خبراتهم عنها هي خبرات متعلمة ومكتسبة من

عالم المبصرين الذين يحاولون وصفها كما أن فرصتهم للتعلم تكون أصعب من فرص غيرهم من الأطفال الذين فقدوا أبصارهم بعد مرور خمسة سنوات على سبيل المثال حيث أن هؤلاء قد استطاعوا تكوين صوراً ذهنية وخبرات عن العالم المحيط بهم بالقدر الذي سمحت به تجاربهم وخبراتهم البيئة وأن هؤلاء الأطفال سيكونون أفضل من حيث قدرتهم على استرجاع صور هذه الأشياء وألوانها قياساً مع الأطفال الذين يولدون مكفوفين كما أن الأشخاص الذين كانوا قد فقدوا حاسة البصر في سن متقدمة سيكونوا أفضل من أطفال الفئة السابقة لأن تجاربهم البصرية أوسع بكثير من تجارب من أصيبوا بالعمى في سن أقل من السن التي أصيب بها هؤلاء في سن متأخرة الأمر الذي يؤثر على عملية تكيفهم مع البيئة المحيطة بهم حيث أن الخبرات البصرية تلعب دوراً في تجارب الكفيف وتكوين المفاهيم وغيرها وهذه الخبرات متأثرة بدرجة كبيرة بالعمر الذي أصيب به الفرد بالإعاقة البصرية.

ثالثاً: أسباب الإعاقة البصرية

تلعب الأمراض المختلفة مثل مرض السكري والسحايا والزهري دوراً كبيراً في حدوث الإعاقة البصرية إلا أن لكل منها دوره الخاص في إحداثها وإحداث إعاقات أخرى مرافقة لها فمرض السكري مع تطوره يسبب نزفاً في العين محدثاً ضرراً كبيراً قد يفقد الفرد على أثره حاسة البصر بأكمله الأمر الذي سيضطره إلى مواجهة مشكلات تربوية واجتماعية أثر ذلك، أما الأمراض الأخرى فإنها تحدث إعاقة عقلية لدى المصاب بالإضافة إلى الإعاقة البصرية فتتضاعف مشكلات هذا الفرد وتزداد حاجاته للبرامج التربوية وتتأثر طرق تواصله مع الآخرين وبهذه الإعاقات وكذلك درجة تقبل الآخرين له وقد يكون سبب إصابة الفرد بالعجز البصري نتيجة رفع الأجسام الثقيلة ومشاكل الإنحناء أو الصدمات المفاجئة والرضوض العنيفة وتعرض العين للثقوب بسبب الأجسام الحادة أو بسبب محاولة فرد الانتحار وإلحاق الأذى بأعصاب النظر، إذ أن بعض هذه الأسباب يسبب انفصال شبكية العين لذلك يجب أن يؤخذ سبب إصابة العين بالعجز البصري بالحسبان لأن

ذلك يحتاج إلى طرق علاجية وتدخل علاجي وتربوي مختلف وأن كل حالة ستحتاج إلى خدمات مختلفة عن الحالات الأخرى.

رابعاً: كيفية حدوث الإعاقة البصرية

إن الإعاقات البصرية لا تحدث بطريقة واحدة أو في فترات زمنية واحدة فمنها ما يحدث بشكل مفاجئ أو تدريجي أو بطيء فالشخص الذي يصاب بإعاقة بصرية مفاجئة يشعر نحو ذلك بالحزن الشديد ويعتبر ذلك كارثة قد أحلت به ويصبح عنده شعور بالأذى والحرمان وعدم الرضا عن واقعه الجديد، وبأنه قد أصبح عالة على غيره وتتأثر حياته الاقتصادية بهذا العجز البصري المفاجئ وسيصبح هذا الفرد انطوائياً ولديه شعور بالدونية وعدم اللياقة والكفاية وقد يميل إلى الانتحار أما إذا كان الفرد قد تعرض للعجز البصري بشكل تدريجي فإن شدة مشاعره نحو الإصابة بالعمى تكون متوقعة وسيكون متفائلاً في استعادة شيء من قدرته على الإبصار الأمر الذي يحد من مخاوفه وقلقه ويساعد على استقراره النفسي إلى حد ما.

خامساً: حالة العين وشكلها ومنظرها

إن حالة العين ودرجة إصابتها بالعجز البصري تلعب دوراً في حدة توتره النفسي أو عدمه وكذلك بمشاعر القلق الذي ينتابه من حين لآخر، إن منظر العين يؤثر على المظهر الخارجي للشخصية المتمثل في الوجه وشعور الفرد بمشاعر الاستياء والاشمئزاز والإحساس بفقدان جمال وجهه الأمر الذي يؤثر في مستوى قبوله أو رفضه من الآخرين.

سادساً: الحركة والتنقل

تعتمد حركة وتنقل المصاب بالإعاقة البصرية على درجة الإصابة بها ونوعها وبساطتها وتعقيدها ومدى استصلاحها بالمعينات البصرية وبنوع التدخل العلاجي وتوفره لإنقاذ ما قد تبقى من قدرات بصرية لدى الفرد، إن الحركة والتنقل وسهولته وصعوبته تؤثر بشكل كبير على مدى شعور هذا الفرد بالأمن وعدم الخوف للتعرض لمشكلات السير والتعرض للحوادث التي قد يفقد حياته بسببها كما أن

هذه الحركة من حيث صعوبتها وسهولتها تؤثر على الفرد من حيث التحاقه بسوق العمل والحصول عليه وعلى تأهيله المهني.

سابعاً: البيئة

إن البيئة التي يعيش فيها الكفيف سواء كانت بشرية أو فيزيقية لها علاقة بالمكان الذي يعيش فيه وتلعب دوراً في تشكيل شخصيته فبيئة الكفيف الثرية بالكتب والمعارف وبالثقافة والتعليم والمستوى الاقتصادي للأسرة ودخل الفرد فيها كل هذه العوامل تلعب دوراً كبيراً في مستوى درجة تقبل أفراد هذه البيئة للكفيف أو علمه وشعورها نحوه بالرفض أو تحمل المسؤولية وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي والتربوي له، الأمر الذي يساعده علي تقبل ذاته وانفتاحه أو إنغلاقه على الآخرين والاستفادة من الفرص التربوية التي تساعده على رفع مفهومه عن نفسه وتكامل شخصيته وعدم شعوره بالعجز والدونية والتواكل على الآخرين.

ثامناً: حالة المعاق النفسية

إن الصراعات النفسية التي يعيشها المعاق بصرياً المتعلقة بقبوله لذاته أو علمه، رضاه وعدم رضاه، وصراعات الإقدام والإحجام كلها جميعاً تلعب دوراً في ثبات انفعالاته أو علمها فهو يحس أحياناً بالقوة وأحياناً أخرى بالضعف في السيطرة على البيئة التي يعيش فيها فهو قد يقدم على عالم المبصرين وقد يحجم عنه وقد يلجأ الكفيف إلى الحيل اللاشعورية وآليات الدفاع من تبرير وكذب وغيرها وقد تكون لديه مشاعر متناقضة نحو الأشياء والناس فهو قد يتوجه إلى عالم المبصرين ليخرج من عزلته وقد يتوجه إلى عالم العمي لينسحب وينعزل عن الآخرين وفي كلتا الحالتين يجد مشاكل قد يقبلها أو يرفضها.

اتجاهات ومواقف الآخرين نحو المعوقين بصرياً:

إن اتجاهات ومواقف الآخرين نحو المعوقين بصرياً غير متجانسة حيث أن البعض ينظر إليهم بعين الشفقة والاحترام ووجوب تقديم المساعدة لهم وتقبلهم وضرورة دمجهم مع الآخرين وأن لديهم قدرات أخرى موجودة غير حاسة البصر

ويستشهدون على الكثير من الناس العمي الذين قدموا أشياء كثيرة في مجال الحضارة الإنسانية والأدب والثقافة كطه حسين وهيلر كيلر وفلورنس نايتنقيل وغيرهم وعلى العكس من ذلك فقد ينظر قسم آخر من الناس نحوهم بعين الرضا والتقبل أو بأنهم عاجزون وأنهم عبء على المجتمع والأسر والدولة.

اتجاهات الأهل نحو المعاق بصرياً:

- ينظر بعض الأهل لحو المعاق بصرياً بأنه عقاب رباني على خطاياهم فقد عاقبهم الله بولد أو بنت كفيفين.
- ازدياد مشاعر الخوف لديهم في الحصول على المزيد من الأطفل العمي.
- مشاعر الذنب والإثم.
- مشاعر الخزي والعار.
- انكار الحالة وعدم تقبلها.
- ردود الفعل الدفاعية المتمثلة في التبرير والإسقاط.
- العدوان.
- تقبل الإعاقة البصرية لدى الطفل.
- ردود فعل انسحابية.
- عدم الاستقرار الانفعالي والشعور بالتوتر والقلق والخوف.
- تقديم الحماية الزائدة للطفل المعاق بصرياً.

ولذلك فإن البرامج التربوية في مجل رعاية المكفوفين يجب أن تشمل المجالات التالية:

- مساعدة الكفيف على تقبل العجز البصري الموجود لديه.
- مساعدته على أن يعيش حياة سعيدة وطبيعية.

- مساعدته لاكتساب مهارات الاستقلال الذاتي والتأهيل المهني.

آثار العمى على شخصية الكفيف:

تتمثل هذه الآثار في النقاط التالية:

- شعور الكفيف بالعجز عن ممارسة الكثير من ألوان النشاطات التي يمارسها المبصرون الأمر الذي يشعره بالحرمان والنقص.
- عدم ثقته بقدراته المختلفة بسبب العجز البصري.
- اختلاف تجاربه وخبراته عن تجارب المبصرين.
- اختلاف مفهوم الذات لديه عن مفهوم الذات لدى الآخرين حيث أن هذا المفهوم تلعبه الخبرة الشخصية للفرد فيه دوراً كبيراً حيث أن للبيئة أثراً كبيراً في تكوينه.
- شعوره بالخوف والقلق المستمرين وعدم الإحساس بالأمن.
- تقليل مستوى تطلعاته.
- تكون لديه مشاعر الكبت حيث لا يستطيع إشباع الكثير من رغباته وحاجاته خاصة في المجال المعرفي.
- شعوره بالعجز في السيطرة على البيئة الأمر الذي يزيد من تفاقم مشكلاته.
- الشعور بالظلم والاضطهاد
- تعرضه للسخرية والاستهزاء من الآخرين.
- تنمية مشاعر الاتكالية والاعتمادية لديه من قبل الأهل.
- مشاعر الانسحاب الاجتماعي.
- مشاعر الإقدام والإحجام والفوز بسلامة الانسحاب أو المجازفة في الحصول على اللذة).

- لديه صراعات بين الدوافع للاستقلال الذاتي أو الدوافع نحو قبول الاعتمادية على الغير.
- الميل للعدوان لكي يستقل ذاتياً والميل للانسحاب لكي يكسب السلامة العامة.
- الخوف من فقدان حب الآخرين له.
- عدم شعوره بالأمن وعدم قدرته على رد العدوان عليه.
- اللجوء للحيل الدفاعية مثل التبرير والإسقاط.
- يكبت الكفيف الكثير من رغباته لكي يشعر بالأمن والتكيف مع قيم المجتمع.
- لجوئه للتعويض في مجالات أخرى عن طريق الحواس الأخرى.
- شعوره بالإرهاق العصبي.
- شعوره بالحزن والكآبة لأنه غير قادر على السيطرة على بيئته.
- فكرته عن نفسه تتأثر بنوع علاقاته البيئية.
- نظرته نحو البيئة الخارجية متأثرة بنوعية المواقف التي تقفها الجماعة منه.

مشاكل التكيف الخاصة بالمعاقين بصرياً:

وتتمثل هذه المشكلات في النقاط التالية:

- مشاكل العزلة والانطواء **Introvert, Isolation** يميل الشخص الكفيف للعزلة خوفاً من استهزاء الآخرين به وحرصاً على سلامته العامة وعدم تعرضه للمخاطر ويستجيب الكفيف باستجابات غير مناسبة في مجال الاتصالات مع الآخرين تتمثل فيما يلي:
- إطلاق الأصوات على شكل صراخ.
- استعمال نوته معينة طوال الحديث.
- هزهزة الرأس.

- وضع الأصابع في العينين باستمرار.
- تحريك اليدين أمام الوجه باستمرار.
- سوء التكيف الاجتماعي نتيجة عدم إبصاره ولمشاعر الآخرين عن طريق لغة الجسد فهو لا يستطيع رؤية مشاعر الغضب أو الفرح أو الابتسام عند الأشخاص عن طريق حاسة البصر لذلك فهو يعاني من سوء التكيف في هذا المجال.
- قلة التفاعل الاجتماعي إلا بالقدر الذي تسمح له قدراته ومحدداته البيئية ومستوى المجتمع الثقافي ونظرته نحو المعاق بصرياً.
- نظرته نحو نفسه ونظرة الأهل وأفراد المجتمع إليه، إن هذه النظرة إذا كانت إيجابية فإنها تستحث مشاعره نحو التقبل والطموح والرضا عن الذات والإقبال على الحياة، أما إذا كانت سالبة فإنها تدفع به نحو عدم الرضا والتقبل والشعور بعدم اللياقة والفشل الأمر الذي تجعله غير متكيف مع بيئة الأسرية أو المدرسية أو بيئة العمل.
- سلوك الآخرين عند تفاعلهم مع الكفيف فقد يكون هذا السلوك استهزائي ساخر ناقد ويركز على العيوب وعلى مشاعر الإحساس بالدونية نحو الكفيف والاستعلاء عليه وقد يكون سلوك الآخرين نحوه قائم على الاحترام والتقبل وعدم الرفض وتقدير الجوانب القوية في شخصيته وتشجيعه وتعزيز قدراته واستثارة همته نحو العمل واكتساب الخبرات والسير نحو النجاح.
- مشاعر عدم القدرة على الاعتماد على الذات، إن هذا الشعور يولد في نفس الكفيف مشاعر الإحساس بالعجز والقصور وعدم اللياقة الأمر الذي يحد من تفاعله مع الآخرين ويجعله يشعر بالإذلال والإهانة والدونية لذلك يصبح غير متكيف مع الآخرين من حيث مستوى قدراتهم وطموحاتهم.
- مشكلات العدوان والانطواء والعزلة الاجتماعية والخجل الشديد ومشكلات السلوك غير الآمن والناضج مثل التهريج والتشتت في التفكير والاعتمادية والقهرية والاكتئاب وأحلام اليقظة وإيذاء الذات وغيرها وكل هذه المشكلات

تحد من مستوى قدرته على التكيف مع البيئات المختلفة التي يتفاعل معها ولذلك فهو يكون بأمس الحاجة للإرشاد والعلاج النفسي بالنسبة لهذه المشكلات.

مشكلات التأهيل المهني والحصول على عمل وتتمثل هذه المشكلات في النقاط التالية:

- تلعب درجة الإعاقة البصرية دوراً كبيراً في نوع التأهيل المهني المناسب للفرد فالشخص ضعيف البصر من الممكن أن يعمل على سبيل المثل كآذن في مكتب حكومي أو خاص أما شديد الإعاقة البصرية فلا يستطيع ذلك إلا أن يعمل في أعمل صناعة الخيزران على سبيل المثل لا الحصر.
- تلعب درجة قدرة الفرد في قدرته على التحرك والتنقل وقدرته على القيام بالمهارات الحركية كالجلوس والقيام والاحتفاظ بتوازن الجسد دوراً آخر في عملية تأهيله المهني.
- تلعب الإعاقة المرافقة للإعاقة البصرية دوراً آخر في تحديد طبيعة العمل الذي يمكن أن يلتحق به الكفيف فقد يكون كفيفاً ومصاباً بشلل أو كفيفاً ولديه مرض عقلي أو يعاني من حالة تخلف بسيطة أو شديدة أو متوسطة فالإعاقة المرافقة تلعب دوراً في عملية تأهيله المهني.
- مدى استفادة الكفيف مما تبقى لديه من حاسة البصر وباستخدام الوسائل البصرية المعينة فهذه الخاصية تحدد أيضاً نوع العمل الذي يحتاج إلى قوة إبصار معينة.
- مستوى الاستعدادات والميول والقدرات البصرية والحركية والثقافية ومستوى طموح المعاق بصرياً تلعب دوراً في مستوى تأهيله المهني.
- فرص التأهيل المتاحة وخبرات مؤسسات التأهيل في تأهيل المعاق بصرياً تلعب دوراً في ذلك.

- مستوى ثقافة المعاق بصرياً وقدرته على الاتصال وعمره وجنسه تلعب دوراً في تأهيله المهني.
- نوع الأمراض المصاب بها تلعب دوراً في نوع تأهيله المهني فالمصاب بإنفصال الشبكية لا يستطيع العمل في أعمال البناء والمصابون باضطرابات ضغط الدم لا يستطيعون العمل في مهن فيها شيء من التوتر.
- بيئة العمل من حيث الإضاءة والإعتمام لها دور في تأهيل الكفيف مهنياً وكذلك القدرة على التنقل والحركة لذلك يجب على واضعي برامج التأهيل المهني لذوي الإعاقة البصرية مراعاة ما يلي:
- تحليل العمل من حيث بيئته وظروفه وعدد ساعاته والمواد المستخدمة فيه ومكانه وبعده وقربة وغيرها من عوامل ومعرفة مدى تناسبه مع طبيعة الإعاقة لدى المعاق بصرياً.
- تحليل المعوق بصرياً تحليلاً دقيقاً من حيث قدراته واستعداداته وميوله في المجالات العقلية والحركية والنفسية والاجتماعية واختيار ما يناسبها من أعمال.
- التوفيق بين متطلبات العمل وقدرات واحتياجات المعوق بصرياً.

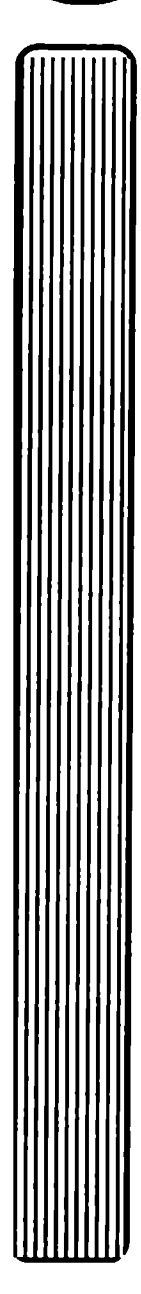
مشكلات التكيف مع المعلمين والأصدقاء وتتمثل في المجالات التالية:

- مشكلات التعلم والتعليم وهذه تتحدد برغبة المعاق في الاستفادة من الفرص المتاحة له في هذا المجال وبدرجة المعوق والعجز البصري لديه ومدى استعداد المعوق بصرياً للتحمل والصبر وبمستوى دافعيته للتعلم.
- مشكلات الشعور بالملل والضجر يشعر المعوق بصرياً بضيق الصدر أثناء عملية التعلم لأنه يشعر بأنه محصور في بيئة تعليمية خاصة إذا كانت تفتقر إلى التشجيع ووسائل الترويح.
- مشكلات الغياب بسبب المرض، كثيراً ما يتغيب المعوق بصرياً بسبب الأمراض المرافقة لإعاقته البصرية الأمر الذي يحد من قدرته على الاستمرار في عملية

- ضعف قدرته على الإنجاز وينتج ذلـك عـن أوجـه القصـور المختلفـة لـدى هـذا المصاب بالعجز البصري سواء أكان ذلك في مجال القدرات العقلية أو مشـكلات التآزر الحركي أو غيرها.
- استهزاء الطلاب الآخرين به ولجوءه إلى الهرب عن طريق أحلام اليقظـة وغيرهـا أو اللجوء للرد بالوسائل العدوانية واستخدام العنف.
- حاجة المعلـم نفسه للتدريب في اسـتعمال الأجـهزة الـتي تقـدم خدمـات تعليميـة للطفل المعوق بصرياً كضرورة تدربـه علـى الكتابـة بطريقـة بريـل أو غيرهـا أو بطرق تعليـم المعوقين بصرياً بالطرق المختلفة.
- عدم تقبل الطــلاب المبصريـن للطفـل المعـوق بصريـاً في غرفـة الصـف وعـدم استيعابهم لبطء تعلمه.

الوحدة الخامسة

5



أسرة المعوق أسرياً

- ردود فعل الأسرة واتجاهاتها.
- دور الأسرة.
- الإرشاد الأسري.
- استراتيجيات الإرشاد

ردود فعل الأسرة واتجاهاتها

أن يكون لدى الوالدين طفلاً أعمى منذ ولادته أو أصبح أعمى فيما بعد ليس بالأمر المستحب حيث أن كل أسرة تتمنى أن يكون لديها أطفالاً أسوياء جسمياً وعقلياً تفتخر وتعتني وتتباهى بهم وتعقد عليهم الآمال وتتمنى لهم المستقبل المشرق ولكن هذه الآمال والتوقعات قد لا تتحقق لدى أسره ما ويصبح عندها طفلاً معاقاً في المجال العقلي أو الحسي أو الحركي أو السمعي فتخيب آمالها ونتيجة لذلك تنتج عنها ردود الأفعال التالية:

1- الصدمة Shock:

يندهش الأهل ويصابوا بالصدمة نتيجة عدم توقعهم في أن يكون لديهم طفلاً معاقاً وقد يذهلوا لهذا السبب ويصيبهم القلق والخوف على مستقبل هذا الطفل وعلى ما سيحمله له المستقبل من صعوبات وما سيترتب عليهم من التزامات اتجاهه وماذا سيكون موقف الآخرين منهم وهل سيؤثر ذلك على علاقاتهم مع الآخرين وهل سيجد هذا الطفل من يعتني به ويقدم له العون والمساعدة وهل سيكون متقبلاً من قبل إخوانه ذكوراً وإناثاً كل هذه الأسئلة وما تحتاجه من إجابات عليها وما يترتب عليها من آثار ومتطلبات تنتج عن شعور الأهل بالصدمة وخيبة الأمل.

2- النكران Denial:

يميل الأهل إلى عدم تصديق الإعاقة عند الطفل ويستنكرون ذلك رغبة منهم أن لا تكون موجودة فيه لأنه طفلهم من ناحية ولأن الآخرين سيعيبونهم على هذه الإعاقة كخلل أسري أو عار أو عيب لذلك فهم يذهبون إلى الطبيب لتشخيص حالته وإذا ما أفاد بأن هذا الطفل معاقاً في جانب ما من جوانب جسمه كعقله أو بصره أو سمعه أو نطقه فإنهم يميلون إلى عدم تصديقه ومن ثم يذهبون إلى طبيب

ثان وثالث ورابع لكي ينفوا إصابة طفلهم بهذه الإعاقة على أمل أن يجدوا طبيباً ينفي وجود إعاقة عند هذا الطفل وقد يطعن الأهل في قدرة ومعرفة الطبيب على التشخيص ويطعنوا في فحوصه وأدواته ويصفوه بعدم الفهم كل ذلك لكي ينفوا صفة الإعاقة عن ذلك الطفل.

3- لوم الذات والشعور بالذنب:

يبدأ الزوجان يتقاذفان التهم وتحميل المسؤولية إلى الزوج أو الزوجة أو أصولهما على أساس أن سبب الإعاقة وراثياً وتبدأ المشاحنات والنزاعات ويسود الأسرة جو من التوتر وعدم الشعور بالاستقرار وتسود مشاعر الذنب **guilt** جو الأسرة حيث يعتبر الأب أنه هو المسؤول أو تعتبر الزوجة نفسها المسؤولة أو يعتبرا نفسيهما هما المسؤولان معاً ويبدأوا في عزو أسباب الإعاقة التي أصابت الطفل لأسباب داخلية ناتجة عن الوراثة وهذه خارجة عن قدراتهما أو لأسباب خارجية عائدة لسوء الحظ أو القدر أو يعتبرها الوالدان بأنها عقاب إلهي لهما على ما ارتكباه من أخطاء بحق الله أو بحقوق العباد أو بسبب التقصير في العبادات وتأدية حقوق الآخرين.

4- مشاعر الغضب والتوتر:

تسود أسرة الطفل المعاق مشاعر الغضب والتوتر وعدم الرضا والتقبل والرفض والنكران والاستهجان والاستغراب والمشاكسات والمشاحنات بين الوالدين والحساسية الزائدة للنقد فقد يثور الوالدان لاتفه الأسباب وقد يختلقوا المشاكل فترتفع الأصوات وتسود العلاقات الأسرية التوتر وعدم وجود الجو الأسري المريح وتتشنج علاقات الأسرة مع من هم حولها خاصة في بداية المشكلة ثم تبدأ بالتحسن التدريجي.

5- مشاعر الحزن ومشاعر الشعور بالدونية:

يشعر الأهل بالحزن العميق تجاه الطفل المعاق فيبكون من أعينهم ومن قلوبهم فيعتصرهما الألم ويشعروا بمقدار الأذى الذي لحق بهم وبطفلهم ويشعرون

بالأخطار التي سوف يتعرض لها فيشفقوا عليه لأنهم يعتبروا أنفسهم مسؤولين عن إعاقته ولذلك يشرعوا في تقديم الحماية الزائدة له حرصاً على سلامته وخوفاً من أن يلحق به الأذى وينشأ طفلهم اتكالياً واعتمادياً نتيجة هذا الأسلوب الخاطئ في التربية وبدلاً من ذلك فإنه سيكون من الأفضل أن يقدموا له الدعم النفسي والمادي المطلوب ومعرفة احتياجاته ومساعدته في الحصول عليها.

6- مشاعر الخجل والخزي:

يعتبر الأهل بأن وجود طفل معاق لها في محيط الأسرة بأنه عار أو عيب قياساً مع الأسر التي لا يوجد عندها مثل هذا الطفل لذلك يشعر الأهل بالعيب والخجل على اعتبار أن هذه الأسرة لديها عيوب وراثية تسبب العجز والنقص والإعاقة في الأطفال الأمر الذي يطعن في سويتها الصحية وشعورها بالخجل نتيجة هذا العيب وتخاف هذه الأسرة من المجتمع أن يعاقبها ويبتعد عنها أفراده فيبتعد الناس عن مصاهرتها أو التزوج أو التزويج منها خشية انتقال هذه العيوب إلى أسرهم.

7- اليأس:

وهو مرحلة متأخرة من ردود أفعال الأسرة نحو الطفل المعاق حيث تكون الأسرة قد بذلت جميع جهودها من أجل تقديم المساعدة للطفل وذهبت من طبيب لآخر ومن مشعوذ لآخر طلباً للعلاج والشفاء وعندما لا تتحسن حالة الطفل ييأس الأهل من هذه الحالة ومن إمكانية شفاء الطفل من إعاقته ومشاعر اليأس والإحباط من المشاعر التي تهدم مفهوم الذات وتحد من النشاط الأسري في المجالات الاجتماعية والمناسبات المختلفة.

8- التقبل:

بعد أن يعرف الأهل بأنه لا مناص لهم من الاعتراف بإعاقة الطفل بعد أن يكونوا قد استنكروها ورفضوها واعترتهم المشاعر المختلفة بسبب إعاقته يبدأون بتقبل هذه الحالة والاعتراف بها وبضرورة التعامل معها كحالة مفروضة عليهم وأمر واقع لابد من التعامل معه والاعتراف بكل ما سيترتب للطفل من حقوق وواجبات يجب أن يقوموا بها.

9- التكيف:

بعد أن يعترف الأهل بإعاقة الطفل وتقبلها يبدأون بالتكيف معها والتعايش مع الطفل ومشكلاته واحتياجاته والعمل على تلبيتها سواء كانت تربوية أو مادية فيبدأون في التفكير في إرساله إلى المدرسة أو المؤسسة التي تقدم له الخدمات المساندة ويتكيفوا مع مرضه وتحسنه وتعليمه ومع الصعوبات المختلفة التي سيواجهها ونتيجة ذلك تخف عنهم مشاعر الذنب لأنهم ليسوا الوحيدين اللذين لديهم طفلاً معاقاً أو ليسوا هم الوحيدين اللذين يعانون فيرسلونه للطبيب كلما كان ذلك ضرورياً ويتقبلوا مشكلاته بغض النظر عن أسبابها ويحاولون مساعدته والعمل على تأهيله مهنياً وزواجياً إذا كان الطفل قادراً على ذلك.

تربية الكفيف .

إن تربية الكفيف مسؤولية أسرية واجتماعية ومسؤولية الدولة فهي لا تقع على طرف واحد دون غيره ولابد من تضافر هذه الجهود معاً لتقديم الخدمات الإرشادية والاجتماعية والطبية والنفسية له ولأسرته بهدف استثمار ما تبقى لديه من طاقات وقوى جسدية وتطويرها إلى أقصى حد ممكن ليستطيع الاعتماد على نفسه وأن يشعر بالفرح والسرور والرضا والقبول والتقبل.

ولذلك فإن الإرشاد من أهم المجالات التي تقدم تربية للمعاق بصرياً يجب أن تبدأ خدمات الإرشاد الأسري بالوالدين وإرشادهما زواجياً بحيث يستطيع كل منهما معرفة ما لدى لكل واحد من قدرات وعيوب ويستوجب ذلك إجراء الفحوصات الطبية المختلفة ومنها معرفة العامل الريزيسي لكل منهما وتطابقه أو عدم تطابقه فيهما ومن بعد ذلك تمتد خدمات الإرشاد لتشمل تدريب أسرة الطفل المعاق لكيفية تقبله والتعامل معه.

إن خدمات الإرشاد النفسي الأسري تشمل تعريف الوالدين بطرق تربيته ونظافته وسلامته العامة وتعليمه وتأهيله من الناحية المهنية وبطرق تغذيته وتعريفه بعادات الطعام الصحيحة وعادات النوم والاستيقاظ وغيرها من الأمور الضرورية لسلامته ونموه ونضجه وتقدمه وتطوير قدراته في مختلف المجالات التي يمكن

استثمارها هذه القدرات فيها تنصب جهود المرشد التربوي في مجال إرشاد الكفيف وذويه في المجالات التالية:

1- تقبل الطفل وتقبل إعاقته.

2- تعريفهم بطرق تنشئته التنشئة الاجتماعية والأسرية المناسبة بحيث يكون مقبولاً ومحبوباً وغير مرفوض ويقدم له الدعم النفسي والمادي المناسب بدلاً من الحماية الزائدة وأن يبتعد في تربيته عن تحسيسه بمشاعر النقص لديه الأمر الذي يدني مفهومه عن نفسه كما أنه يجب عدم التمييز بينه وبين إخوانه في المعاملة.

3- تغيير اتجاهاتهم السلبية نحوه والاعتراف بأن لديه قدرات وطاقات يمكن استثمارها وتنميتها وتطويرها إلى أكبر قدر ممكن ليشعر بأنه صالح اجتماعياً وقادراً على المساهمة في خدمة نفسه ومجتمعه.

4- تعريف الأسرة بأسباب العمى عند الطفل وبطرق الوقاية مستقبلاً التي تفيد في مجال عدم حصول الأسرة على طفل آخر مصاب بالعمى وتعريف الأسرة بحاجاته ومصاعبه وبطبيعة الخدمات التي تقدم له وكيفية القيام بها.

5-أ - تدريب الأسرة على المحافظة على سلامته ويكون ذلك بالطرق الوقائية التالية:

- التخلص من جميع العوائق المادية الفيزيقية المتعلقة بالمكان الذي يعيش فيه لتسهل عليه عملية التحرك والتنقل لكي يتجنب السقوط على الأرض والتعرض للكسور والإصابة بإعاقة أخرى.
- إبعاد كل ما يمكن أن يؤذي نفسه به مثل (المخرز أو المثقب أو أي أداة حادة يمكن أن يعبث بها وتسبب له المزيد من المتاعب).
- الاحتفاظ بالمصادر الكهربائية وبمصادر النار في المنزل بحالة جيدة وعدم تعرضه لمشاكل قد تأتي من خلالها.
- تدريبه على سلوك طريق معين خال من المعوقات ليكون سيره مناسباً داخل المنزل.
- تعريفه وتدريبه على السير في الشارع العام وتعريفه بالممرات الخاصة بالمشاة.

5-ب- تدريب الأسرة له للمحافظة على نظافته واستعماله للتواليت ويكون ذلك في المجالات التالية:

- تعريف الكفيف وتدريبه ومصاحبته أكثر من مرة إلى مكان التواليت.
- تعريفه بمكان صنبور الماء في التواليت.
- تعريفه بمكان المغسلة وكيفية استخدامها لتغسيل يديه.
- تعريفه بمكان البانيو أو الشور في الحمام.
- تعريفه بمصدر الماء البارد والساخن داخل الحمام.
- تعريفه بمكان الليفة والصابون داخل الحمام.
- تعليمه لبس ملابسه وخلعها وأحذيته وخلعها ومكان حفظها.

5-جـ- في مجال عادات النوم والاستيقاظ وتشمل ما يلي:

- تعريفه بمكان نومه.
- تعريفه بكيفية استخدام حراماته.
- وضع ساعة منبه لتساعده على الاستيقاظ.
- تدريبه على كيفية النزول عن سريره.
- تعريفه بكيفية ترتيب سريره.

5-د - تعريفه بعادات الطعام وتشمل المجالات التالية:

- تعريفه بمكان الطعام.
- تعريفه بمكان أدوات الطعام.
- تعريفه بطرق تناول الطعام.
- تعريفه بأنواع الأطعمة التي تمنع عنه سوء التغذية.
- تعريفه بمكان الأدوية التي يجب عليه استعمالها وبعدد الحبات اللازمة منها في اليوم.

6- عدم جرح مشاعره وإحراجه وإشعاره بالعجز والضعف والقصور لكي ينمو نمواً نفسياً سليماً وعلى العكس من ذلك يجب استنهاض قواه وقدراته باختلاف أنواعها وتشجيعه على القيام بنشاطات في تلك المجالات.

7- إدخال الفرح والسرور على قلبه وذلك عن طريق إشراكه في المناسبات الاجتماعية المختلفة من أعراس وأفراح ومناسبات وأعياد وغيرها ليشعر بأنه واحد من أفراد المجتمع الذي يعيش فيه.

8- عدم تعريضه لخبرات الفشل وتشجيع خبرات النجاح لديه ويكون ذلك عن طريق تشجيع وامتداح جهوده وإنجازاته أداءاته مهما كانت بسيطة ليستطيع تكوين مفهوم إيجابي عن ذاته وأن تستنهض همته وقدرته على بذل المزيد من الجهود المثمرة والناجحة.

9- تعريف المعاق بالبيئة التي يعيش فيها وبما فيها من معطيات فيجب تعريفه بمكان وقوف الباص وبمكان المؤسسة التربوية التي يذهب إليها.

10- تعريفه بالسلوك الاجتماعي المقبول بما يحتوي عليه من عادات اجتماعية يطلبها المجتمع كالصدق والأمانة وعدم الغش والكذب والعدوان وغيرها.

11- تعريف الأهل بالمؤسسات التي تقدم له الرعاية الصحية والاجتماعية والإرشادية ليمكنه أن يستفيد منها.

12- تعريفه بقدراته واستعداداته وإمكاناته ومساعدته على ممارسة هواياته ليشعر بأنه قادر ومنتج وفاعل.

13- مساعدة الطفل على تقبل إعاقته.

14- تعريفه بقانون العمل والعمال.

15- تعريفه بالتشريعات الخاصة بالمعاقين.

والمرشد التربوي يستطيع أن يوصل مثل هذه الخدمات للمعاق وذويه عن طريق ما يلي:

- النشرات.

- المحاضرات.

- الإرشاد الفردي/ دراسة الحالة.

- الإرشاد الجمعي.

استراتيجيات الإرشاد:

لكي يضمن المرشد تقديم خدمات إرشادية وناجحة وفاعلة للكفيف وذويه يجب عليه اتباع ما يلي:

1- تكوين علاقة بينه وبين الكفيف وأفراد أسرته قائمة على الثقة والاحترام المتبادل والمحافظة على أسرار الكفيف وأفراد أسرته فلا يجوز له البوح بها كما أن عليه أن يحترم الكفيف احتراماً غير مشروط بغض النظر عن العيوب الموجودة فيه.

2- مساعدة الكفيف على تقبل إعاقته واستثمار مواهبه وقدراته واستثمار قدراته في مجالات الحس الأخرى مثل السمع واللمس ومساعدة الأهل على تقبل هذه الإعاقة والتعامل معها لمصلحة الكفيف نفسه.

3- مساعدة الأهل على التخلص من مشاعر الشعور بالذنب لديهم والخوف والقلق والانسحاب الاجتماعي.

4- مساعدة الأهل وتعريفهم بطرق التنشئة الاجتماعية الصحيحة للمعوق وعدم تربيته بشكل اعتمادي عليهم وتقديم الحماية الزائدة له.

5- استعمل أساليب تعديل السلوك المعتمدة على التعزيز الإيجابي وليس على العقاب الجسدي والنفسي مع الطفل.

6- تعليم الأهل والكفيف نفسه أساليب الاتصال والتفاعل الاجتماعي المناسبة وحل المشكلات وضبط الذات والمهارات الاجتماعية المختلفة.

7- مساعدة الأهل على فهم أسباب الإعاقة وطرق الوقاية منها ونوعها ودرجتها وطرق علاجها.

8- مساعدة الأهل عن طريق توجيههم إلى مراكز ومؤسسات التأهيل التربوي والعمي ليتمكن الكفيف من الالتحاق بها والاستفادة من الخدمات التي تقدمها.

علاقة المرشد بالأسرة

لاشك بأن المرشد والأسرة لديها مهمات أساسية يجب القيام بها تجاه الطفل المعاق وهي خدمات مشتركة وتكاملية ومتداخلة ومتشابكة يرفد بها الواحد الآخر ويتركز دور الأسرة والمرشد التربوي في المجال الوقائي والنمائي وتتحد جوانب الإرشاد بينهما في المجالات التالية:

- رعاية الطفل الكفيف في مختلف مراحله العمرية.
- توفير الجو النفسي المريح لمساعدة الكفيف على النمو.
- تزويد الطبيب بالمعلومات الصادقة عن الحالة.
- زيارة الأهل للمؤسسة التي يوجد فيها طفلهم وتبادل الآراء والخبرات في مجال تربية الطفل المعاق بصرياً.
- إطلاع الأسرة على كل ما يستجد في عالم الإعاقة البصرية.
- تدريب الأهل على كيفية تدريب المعاق على استعمل قدراته وأحاسيسه.
- تدريب الأهل على المحافظة على سلامة الكفيف ونظافته وتغذيته وتعليمه وتدريبه.

الصعوبات التي تواجه المرشد في مجال الإرشاد الأسري

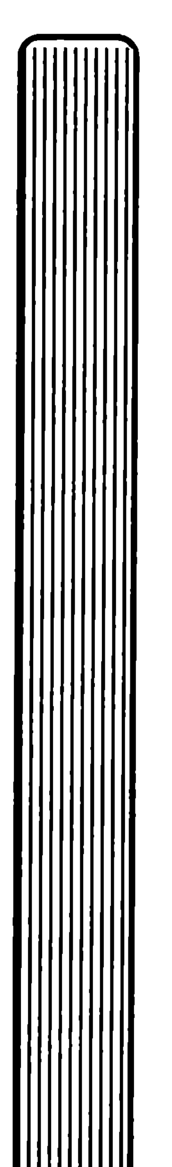
- عدم تقبل بعض الأسر للإرشاد
- عدم ثقة بعض الأسر بجدوى الإرشاد نتيجة شعورها باليأس.
- عدم تعاون الأسرة مع المرشد وإتباع إرشاداته.
- قلة ثقافة الأم وبعض أفراد الأسرة.
- مستوى اهتمام الأسرة بالطفل.

اقتراحات لتحسين العلاقة بين الأهل والأخصائيين:

- يجب مراعاة الأهل كشركاء في عملية تربية وتأهيل الطفل المعاق بصرياً وأن المسؤولية لا تقع على عاتق الأهل أو الأخصائيين لوحدهم.
- احترام كل طرف من الأطراف وجهة نظر الطرف الآخر فالعلاقة علاقة تفاعلية وعلاقة قائمة على الاحترام وتبادل الخبرات وأن دور الأهل لا ينحصر في دور المتلقي السالب.
- يجب إطلاع الأخصائيين الأهل على جميع المعلومات المتعلقة بالإعاقة مثل أسبابها وطرق الوقاية منها وشدتها ونوعها وطرق علاجها وعلى كل ما يستجد لمعالجتها.
- تحديد الأهداف التربوية التي يسعى الأهل والكفيف على تحقيقها.
- عدم استخدام الأخصائيين للرطن السايكولوجي واستعمل تسميات غير مألوفة عن حالة الإعاقة لدى الطفل الأمر الذي يربك الأهل ويخيفهم بل يجب استعمل التسميات المتداولة والشائعة.
- دعم الأهل وتشجيعهم وتعزيز قدراتهم وامتداح جهودهم كما أن على المختصين تقديم التغذية الراجعة المناسبة لهم المتعلقة بالتعامل مع الأطفال في كافة مجالات الحياة.
- تجنب المختصين في الدخول في صراعات الدور المتعلقة بتأهيل وعلاج الطفل المعاق بصرياً.

الوحدة السادسة

6



العجز البصري والتدريب والتعليم وتأهيل المجتمع للخدمة

- أهداف التدريب.
- مهام المشرف في تربية المعاقين.
- لماذا يلزم إلحاق الأطفال المعوقين بالمدرسة.
- مشاكل المعاقين العامة والسلوكية.
- معلومات عامة عن الانتظام بالمدرسة.
- مزيد من المعلومات عن الأطفال ذوي الإعاقات البصرية.
- تقويم الأطفال المعوقين.
- وضع برنامج التأهيل في إطار المجتمع.

الوحدة السادسة

لقد تحدثنا عن العجز باعتباره صعوبة لدى الفـرد لا يعـاني منـها غـيره مـن الأفراد الآخرين في المجتمع فبعض الأفراد يعانون من صعوبة في الإبصـار أو السـمع أو الكلام أو التنقل أو التعلم وغيرها وإن الفرد العاجز يصادف مشكلات بسـبب عجزهم في مجال أداء الأنشطة اليومية التي يقوم بها الناس العاديون.

أهمية التدريب وأهدافه للمعاقين بصرياً:

يمكن تلخيص أهداف التدريب في المجالات التالية:

- ممارسة بعض الألعاب الرياضية المحدودة.
- تنمية المهارات الحسية الأخرى كحاسة اللمس والسمع لكي تعوض عن حاسـة البصر.
- رعاية المعاق لنفسه بشكل أفضل كأن يتناول الطعام والشراب ومراعـاة النظافـة واستخدام المرحاض وارتداء الملابس بأقل قدر من المساعدة.
- التنقل بأقل قدر من المساعدة داخل المنزل وفي الفناء والقرية والسفر بالحافلـة أو القطار أو السفينة.
- التواصل مع الآخرين.
- المشاركة في أنشطة الأسرة والمجتمع.
- الذهاب إلى المدرسة.
- الانتظام في المدرسة.
- أداء العمل المناسب.

مهام المشرف في تربية المعاقين

يمكن تلخيص مهام المشرف في تربية المعاقين في المجالات التالية:

- إشراك المجتمع المحلي في برنامج التأهيل في إطار المجتمع.
- التعرف على أفراد المجتمع المعوقين ومعرفة أماكنهم.
- تقديم النصح بشأن الأشخاص الذين يحتاجون إلى تدريب.
- اختيار المواد التدريبية.
- تعليم الأشخاص المعوقين والمدربين وإرشادهم والإشراف عليهم وتشجيعهم على الاستمرار في التدريب.
- تقييم مدى التقدم الذي يحققه كل من يتلقى التدريب.
- اختيار وإحالة الأشخاص الذين يحتاجون إلى خدمات أخرى متاحة.

لماذا يلزم إلحاق الأطفال المعوقين بالمدرسة :

يمكن تلخيص أهمية إلحاق الأطفال المعوقين بالمدرسة في المجالات التالية:

- التثقيف ومعرفة العالم المحيط بهم.
- لكي يصبحوا أفراد نافعين في المجتمع.
- الاعتماد على أنفسهم.
- لكي يستطيعوا الالتحاق بالعمل وكسب الرزق.
- لكي يتكيفوا مع الآخرين.
- لكي يتصلوا مع الآخرين.
- لكي يحلوا مشاكلهم بأنفسهم.
- تنمية ما لدى الأطفال من قدرات.
- تقبل النظم الاجتماعية وتحمل المسؤولية.
- لمساعدتهم على تكوين صداقات.
- ليشعروا بالانتماء للجماعة.

- تعلم الأنشطة في مجل الأسرة والمجتمع.
- التخفيف من حدة العجز.

المشاكل العامة والمشاكل السلوكية

تتمثل مشاكل كل من المعاقين عامة في المجالات التالية:

- **الوصول إلى المدرسة:** إن من أهم المشكلات التي تواجه المعاقين على اختلاف أنواع إعاقاتهم هي مشكلة وصولهم إلى المدرسة خاصة إذا كانت المدرسة بعيدة وتحتاج إلى وسائل مواصلات أو أن الطرق ليست معبدة ومعدّة للمشي الجيد وفي هذه الحالة يدرب الطفل المعاق بصرياً على أن يرافقه أحد إخوانه أو أبناء جيرانه عدّة مرات إلى المدرسة ليعتاد الذهاب إليها بنفسه مستقبلاً.
- **المشاكل السلوكية:** وتتمثل في السلوكات غير المتكيفة لديه سواء مع أفراد أسرته أو مع أقرانه في المدرسة أو مع أفراد المجتمع المحلي ومن أشكال هذه المشكلات ما يلي:
  - تشتت الانتباه.
  - عدم ضبط الذات.
  - التهريج – الثرثرة.
  - جلب الانتباه.
  - الغيرة الشديدة.
  - الهياج.
  - الهدوء الشديد.
  - الخجل.
  - إيذاء الذات.
  - أحلام اليقظة.

- قضم الأظافر.

- التبول.

- الهرب من المدرسة.

- الغش والكذب والسرقة.

- العدوان.

- تناول العقاقير المخدرة.

والسلوكات غير المتكيفة لدى الأطفال كثيرة يصعب حصرها والسلوكات التي ذكرت سابقاً إنما هي كنماذج وأشكال من السلوكات التي يقوم بها الأطفال خصوصاً السلوكات غير الآمنة وغير الناضجة وغير الاجتماعية ولذلك فإن على عاتق المدرسة والمرشد التربوي فيها أن يلجأ إلى أساليب تعديل السلوك وليساعد هؤلاء الأطفال على التكيف مع أنفسهم وأقرانهم وتعليمهم السلوك الصحيح عن طريق النمذجة والتعزيز الإيجابي وتجاهل السلوكات غير المرغوبة وتجنب عقاب الطفل جسدياً أو نفسياً.

معلومات عامة عن الانتظام بالمدرسة

إن المعلومات هامة جداً لأغراض تعليم وتدريب الأطفال المعاقين وذويهم وبدون المعلومات التي تشتمل على الإرشاد والتوجيه وإعطاء تعليمات فإن الأمر سيكون صعباً في تعليم وإرشاد هذه الفئات ويمكن تقسين هذه المعلومات حسب المراحل التي يمر بها الطفل وهي كما يلي:

- ما قبل المدرسة.

- بدء الذهاب إلى المدرسة.

- في المدرسة.

المعلومات الضرورية لمرحلة ما قبل المدرسة وتشمل ما يلي:

- أن يشرح الوالدان ما يحدث في المنزل وفي المجتمع للأطفال.
- إجابة الأطفال على الأسئلة التي يسألونها.
- أن يُعرف الأهل الطفل بالنشاطات العائلية والاجتماعية.
- إعطائهم معلومات دينية وكيفية أدائها وأماكنها.
- معلومات عن الأدوات في المنزل التي يمكن استخدامها.
- معلومات عن مرافق المنزل مثل المطبخ وغرفة الجلوس وغرفة النوم والحمام.
- معلومات عن السلامة العامة.
- معلومات عن طرق الوقاية من الأمراض.
- معلومات عن العادات السلوكية الحميدة.
- معلومات عن الحي والجيرة.

- معلومات ضرورية تعطي للأطفال عند بدء الذهاب للمدرسة:

- تعريف الطفل بإعاقته وأسبابها.
- تعريف الطفل بقدراته.
- معلومات تعطى للأهل تتعلق بطرق دراسته.
- معلومات عن إعاقات الأطفال الآخرين داخل المدرسة.
- معلومات تساعد المعوق على قبول الأطفال الآخرين.
- معلومات عن الوسائل المُعينة وكيفية استخدامها.
- معلومات عن أنظمة المدرسة.
- معلومات عن المعلمين.
- معلومات عن العاملين في المدرسة.

معلومات ضرورية للأطفال المعاقين في المدرسة وتشمل ما يلي:

- معلومات عن كل طفل معوق وعن حالته وشدتها.
- معلومات عن الأسرة.
- معلومات عن السكن.
- معلومات عن مشكلاته السلوكية.
- معلومات عن مشكلاته الصحية.
- معلومات عن ميوله وقدراته.
- معلومات عن إلوسائل المعينة التي يستخدمها.
- معلومات عن صعوباته الدراسية والتحصيلية.
- معلومات عن مراحل تقدمه وفشله.
- معلومات عن الأدوية التي يستخدمها.
- معلومات عن حالة والدة ووالدته الثقافية.
- معلومات عن أهداف الأهل وخططهم المستقبلية.
- معلومات عن وضعه الاقتصادي والنفسي.

مزيد من المعلومات عن الأطفال ذوي الإعاقة البصرية:

أن الأطفال الذين يعانون من صعوبات في البصر لديهم المشكلات التالية:

- عدم معرفة الأشخاص الذين يقتربون منهم لأنهم لا يرونهم.
- الاعتماد على حاسة اللمس والإنصات والشم.
- عدم معرفة الأشكل والألوان والحجوم.
- عدم سهولة التعلم لديهم.

- صعوبة في تشكيل صورة الشيء.
- صعوبة في التنقل والحركة.
- صعوبة في تركيز الانتباه.

واجبات المعلم في المدرسة:

- أن يصف المعلم منظر الصف للطفل.
- أن يصحبه في أنحاء المدرسة وأن يصف له مرافقها.
- أن يُجلس الأطفال الذين يعانون من صعوبة في الإبصار في مقدمة الفصل.
- التأكد من وجود ضوء كافي في الغرفة الصفية.
- استخدام حروف كبيرة عند الكتابة على السبورة.
- الاستعانة بقارئ ليقرأ للطفل ومن الممكن أن يكون هذا القارئ زميلاً للطفل.
- استخدام عداد الحساب لمساعدة الطفل المعاق بصرياً على العد.
- استخدام طرق مختلفة في التعليم.
- أن يُشوق المعلم للحصة ويستثير دافعية الطالب المعاق.
- تدريب ذاكرة الطفل على الاستماع والانتباه.

تعليم الطفل المعاق بصرياً الأنشطة والمباريات:

يستطيع المدرب تعليم هؤلاء الأطفال بعض نشاطات اللعب ومن أمثلها اللعب بالكرة وليستطيع هؤلاء الأطفال التمكن من ذلك يضع المعلم جرساً داخل الكرة وبذلك يستطيع الأطفال سماع الكرة وهي تتحرك فيلعبون بها.

- التعرف على الأطفال الآخرين: يأتي المعلم بعدد من الأطفال إلى الكفيف فيلمسهم ويلمس وجه كل منهم للتعرف عليه.
- التعرف على اسم زملائه من خلال سماع أصواتهم.

تعليم الطفل أنشطة الحياة اليومية وتشمل المجالات التالية:

- تعليم الطفل العناية بصحته العامة.
- تعليم الطفل كيفي ينظف أسنانه.
- تعليم الطفل كيف يغسل وجهه.
- تعليم الطفل يستحم بالصابون.
- يعلم الطفل كيف يغسل ملابسه.
- تعليم الطفل كيف يأكل.
- تعليم الطفل كيف يستعمل الحمام.
- تعليم الطفل غسل الخضراوات.
- تعليم الطفل اختيار أنواع الأطعمة التي تناسب حالته.
- تعليم الأطفال طرق العناية بالحيوانات الأليفة.
- تعليم الأطفال ري الأشجار وجمع الخضراوات.
- تعليم الطفل كيف يلبس ملابسه.

طرق تعليم الطفل المعاق وتشمل ما يلي:

- التحدث إلى الطفل والشرح له في موضوع معين.
- أداء الأنشطة مع الطفل والتحدث عنها.
- تشجيع الطفل على أداء أكبر قدر ممكن بدون مساعدة المدرسة.
- التعرف على الطريقة التي يفهم بها الطفل نوع التعليم الذي تقدمه له.
- التحدث مع الطفل أثناء عملية تعليمه وشرح أفضل الطرق التي يفهمها.
- تجزئ المهارات وتعيم الطفل مفهوم واحد في كل مرة.
- ملاحظة استعداد الطفل لتعلم شيء جديد.

- تعليم الطفل أنشطة يحبها لجلب انتباهه.
- لا تجعل الطفل يمارس نشاط تعليمي واحد مدة طويلة.
- التحدث بهدوء مع الطفل والصبر على تعليمه.

تقييم الأطفال المعوقين

يستطيع المعلم المقيم استخدام لوحة التقدم التالية لتقيم الأطفال وهي بهذا الشكل:

لوحة التقدم

اسم الطفل الأسئلة	التاريخ	نعم/ لا	نعم/ لا	نعم/ لا	نعم/لا
يأتى إلى المدرسة بانتظام					
هل هو على مستوى الطلاب الآخرين فى الفصل؟					
يفهم ما يقوله المعلم؟					
يتواصل مع المعلم؟					
يتقبله زملاؤه فى الفصل.					
لا يحدث إزعاجاً فى الفصل؟					
يلعب مع الأطفال الآخرين؟					
يشارك فى الأنشطة المدرسية؟					
أي ملاحظات أخرى					

يراقب المعلم سلوكات الطفل من خلال هذه اللوحة ويتعرف على جوانب القوة والضعف إزائها ويعمل على مساعدة الطفل لحو التقدم بالأساليب الإرشادية المناسبة والمختلفة.

وضع برنامج التاهيل في إطار المجتمع:

يستطيع المجتمع المحلي تقديم خدمات تربوية وتعليمية وصحية وتثقيفية لاستثمار طاقات الأطفال المعاقين ومحاولة دمجهم في المجتمع الذي يعيشون فيه كأفراد منتجين لهم قيمة في هذه الحياة.

أولاً: دور لجنة التأهيل المجتمعي في خدمة المعوقين:

يشمل دور هذه اللجنة المجالات التالية:

- إدارة برنامج تأهيلي لصالح مجتمع المعوقين.
- إن تتحمل المسؤولية أمام المجتمع عن نشاطاتها.
- الالتقاء بأعضاء المجتمع بانتظام.
- إعلام المجتمع ببرامج تأهيل المعوقين.
- مناقشة البرنامج معهم.
- الحصول على موافقتهم على البرنامج.
- متابعة سير البرنامج.

خطوات البرنامج:

الخطوة الأولى: اختيار المشرف المحلي

يجب أن يتوفر في المشرف المحلي على تأهيل المعوقين ما يلي:

- أن يكون لديه اهتمام بمساعدة الأفراد المعوقين.
- أن يكون ملماً بالقراءة والكتابة.
- أن يعرف عادات وتقاليد المجتمع الذي يعيش فيه.
- أن يكون موثوقاً به.
- أن يكون ذكراً أو أنثى بحسب تفضيلات المجتمع.

الخطوة الثانية: إعداد الترتيبات لتدريس المشرف المحلي ويشمل ما يلي:

- حضور دورة تدريبية منظمة في مجال تأهيل المعاقين.
- تبادل الخبرات مع الآخرين في هذا المجال.
- اكتساب كل الخبرات اللازمة للتعامل مع المعاقين.

الخطوة الثالثة: ترتيب وسائل النقل للمشرف المحلي

يجب تزويد المشرف بوسائل النقل ليستطيع الوصول إلى المكان الذي يسعى إلى الوصول إليه بهدف تأهيل المعاقين وقد يكون المكان قريباً أو بعيداً ولذلك يجب تسهيل عملية تنقله باستعمل وسائل المواصلات المختلفة أما إذا كان المكان قريباً فإمكانه الذهاب إليه سيراً على الأقدام.

الخطوة الرابعة: بدء برنامج التأهيل ويشمل النقاط التالية:

- زيادة منازل المعاقين في مناطقهم.
- التعرف على المعوقين.
- فهم احتياجاتهم.
- معرفة توقعاتهم من خدمات المشرف.
- معرفة أوجه الدعم الذي يحتاجونها.
- التعرف على ما تلقونه في السابق من تدريب.
- معرفة إمكانات الأحياء في تقديم خدمات للمعوقين.
- مساعدة المجتمع على تقبل المعاقين.
- إفساح المجال للمعاقين في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والاستفادة من فرص التعلم المتاحة.

الخطوة الخامسة: اتخاذ الترتيبات لانتظام الأفراد المعوقين في المدرسة ويشمل ذلك النقاط التالية:

- تسجيل أسماء الطلبة الذين سيذهبون إلى المدرسة.
- التعرف على الطلاب الذين يحتاجون إلى حضانة وليس مدرسة.
- تعريف كل ولي أمر بأقرب حضانة أو أقرب مدرسة.
- مقابلة مديري المدارس ومعرفة كيف يمكن لهؤلاء الأطفال من الوصول إلى المدرسة.

- قدم المساعدات اللازمة للمدرسة.

الخطوة السادسة: اتخاذ الترتيبات لإيجاد أعمل للمعوقين:

من مهمة المشرف المحلي التعرف على ما يلي:

- قدرات المعاق.
- التعرف على المؤسسات التي من الممكن أن يلتحق بها.
- تعريفه بالأجور التي سيتقاضاها.
- تعريفه بلوائح العمل.
- إنشاء جمعيات تعاونية يمكن أن تعمل على تشغيل المعاقين.
- منح القروض الميسرة للمعاقين.

الخطوة السابعة: الترتيب لمشاركة المعوقين في أنشطة المجتمع ويكون ذلك من خلال ما يلي:

- الاشتراك في الأعمل التي تتناسب مع قدراتهم مثل جمع الزيتون أو النفايات.
- إلقاء محاضرات.
- المشاركة في حفلات زفاف.
- المشاركة في مناسبات اجتماعية ووطنية ودينية.

الخطوة الثامنة: المتابعة وتشمل ما يلي:

- تلقي التقارير عن نشاطات وإنجازات مشرف التأهيل الاجتماعي.
- مقارنة الإنجازات وفقاً لكل شهر.
- زيارة منازل المعوقين ومعرفة مدى تقبلهم واستفادتهم من البرنامج.
- الالتقاء بأفراد المجتمع لأخذ تغذية راجعة عن سير البرنامج وأوجه القوة والضعف فيه.

دور المجتمع في رعاية المعوقين ويشمل ما يلي:

- التثقيف الصحي: يجب على المجتمع خاصة الأفراد المثقفين فيه على تثقيف الأسر بأهمية الصحة لدى الفرد وضرورة الوقاية من الأمراض "درهم وقاية خير من قنطار علاج".
- **التثقيف الغذائي:** ويشمل تثقيف المجتمع بأهمية الغذاء وتعريفه بمساوئ سوء التغذية لما يترتب عليها من إعاقات وتعريف المجتمع بأهمية الفيتامينات وضرورة أن يكون طعام أفراده يحتويها.

ويجب تشجيع أفراد المجتمع على تربية الطيور والحيوانات المختلفة للحصول على لحومها وتشجيع أفراد المجتمع على التأكد من صلاحية الماء للشرب.

- **رعاية الأمهات الحوامل ويشمل ما يلي:**
- الفحوصات المختلفة.
- عدم التعرض للأشعة.
- تجنب الولادة العسرة.
- عدم الإصابة بالأمراض الفيروسية والبكتيرية المعدية مثل الحصبة الألمانية وغيرها.
- إرضاع الأطفال بشكل طبيعي.
- تقديم الإرشاد المناسب لهن.

- **تطعيم الأطفال:**

يجب تطعيم الأطفال ضد الشلل والكزاز والسل والحصبة والجدري والدفتيريا والسعال الديكي والخناق.

- **الوقاية من الحوادث:**

يجب على المجتمع أن يقدم كل الوسائل الوقائية لحماية أفراده من حوادث الطرق وغيرها ممن تسبب له إعاقات مختلفة وتشمل الوقاية أيضاً عدم تعرض الأطفال إلى مشكلات تتعرض بالسلامة العامة داخل المنزل.

- إمداد أفراد المجتمع بالمياه المأمونة وبالحمامات المناسبة وتخليصه من النفايات السامة.

إن الماء الملوث يعتبر أحد مهددات حياة الإنسان بالموت وكما أن عدم وجود حمامات عامة في القرى والمدن يؤدي إلى انتقال الأمراض وكذلك فإن فقدان النظافة وتراكم النفايات سبب رئيس في انتشار الأمراض في المجتمع المسؤول عن حدوث إعاقات بصرية أو غيرها.

الوحدة السابعة

7

مناهج وأساليب تدريس الأطفال المعوقين سمعياً

- خصائص الكفيف التعلمية
- عناصر المنهاج الرئيسية
- العوامل المؤثرة في الاستعداد للتعلم
- المؤثرات التي تدل على استعداد الكفيف للتعلم
- تقييم استعداد الكفيف للتعلم
- الجهات التي تقدم خدمات تربوية للمعوقين بصرياً
- الأدوات المعينة والمساعدة في الإبصار

الوحدة السابعة

إن تعليم الأطفال ذوي الإعاقة البصرية يعتمد إلى حد كبير على مدى العجز والقصور أو الضعف البصري لديهم ووجود أية إعاقات مرافقة لإعاقتهم البصرية كالتخلف العقلي أو القصور الحسي الحركي أو إعاقات في حاسة السمع ويعتمد تعلمهم أيضاً على مدى توفر إمكانات خاصة بطرق تعليمهم ومن هؤلاء الأطفال من يستطيع أن يلتحق بالمدارس العادية خاصة الأطفال الذين لا يعانون من صعوبات كبيرة في حاسة البصر،ويمكنهم الاستفادة من جهود معلم التربية الخاصة الموجودة في مدرستهم أو من خلال تدريس المدرس العادي لهم على طرائق خاصة بطرق تدريسهم وهناك إجراءات مقترحة لتعليم وتدريب الأطفال ذوي الإعاقات البصرية منها ما يلي:

- الأخذ بعين الاعتبار أهمية الوالدين في عملية التعليم وأن دور المدرب أو المعلم هو دور مرحلي.
- إعطاء الطفل خبرة حقيقية.
- الأخذ بعين الاعتبار بأن هؤلاء الأطفال لا يستطيعون التعلم بالتقليد بسبب قصورهم البصري لذلك فهم بحاجة إلى توضيح الأحداث اليومية لهم.
- يجب أن يكون التدريب متسلسلاً ويخدم أغراضهم الحياتية.
- اعتماد الطفل على نفسه.
- استخدام مصطلحات واضحة يفهمها الطفل.
- يتعلم الطفل النشاطات في أوقاتها والأماكن المناسبة لها.
- كن عفوياً وتلقائياً في التعلم مع الأطفال.
- الاستماع الجيد وطرح الأسئلة القليلة وإعطاء الأجوبة الكثيرة.
- ضرورة التواصل مع الطفل وتقديم إشارات سمعية له واستخدام الأصوات

الدافئة المدعمة والمشجعة والمطمئنة للأطفل.

- الاحتفاظ بسجل عن سيرة وتاريخ نمو الطفل ونضجه.
- تقديم التغذية الراجعة للأطفل باستمرار.

عند التفكير في وضع خطط تدريسية وتعليمية وتدريبية للأطفال المعوقين بصرياً فلا بد من الأخذ بعين الاعتبار خصائصهم التعلمية ومعرفة عمر الطفل عند حدوث الإعاقة والخبرات التي مرّ بها وفرص النمو المتاحة له ومدى حرمانه من التعلم العرضي الذي يتعلمه الأطفل المبصرين من خلال مشاهداتهم البصرية اليومية حيث أن المعوق بصرياً يعتمد على حواس بديلة أو تعويضية مثل حاسة الذوق واللمس والسمع في تحديد مكان وموضع الأشياء وفي تطوير المفاهيم وهذا لا تزوده بنفس المفاهيم التي يحصل عليها المبصرون وان لديه قصوراً في المجالات التالية:

- قصور في خبرات الطفل المعوق بصرياً.
- قصور في قدرة الطفل على التنقل في البيئة.
- قصور في قدرة الطفل في السيطرة على البيئة وعلى الذات.

لذلك فهو لا يستطيع أن يتعلم بالملاحظة ولا بالتقليد ولا على حاسة البصر فهو غير قادر على إدراك صور الأشياء ولا ألوانها ولا أشكالها ولا حجومها ولا يستطيع مشاهدة رسائل أجسام الآخرين من إيماءات وحركات وابتسامات ويلجأ الطفل لمعرفة ذلك من خلال لغة الأشخاص الذين يتواصل معهم ويواجه هؤلاء الأطفل صعوبة في التجريدية وفهم العلاقات المكانية بسبب عدم قدرتهم على إدراك المسافات والعلاقات الفراغية وتشير الدراسات بأن التحصيل لدى هؤلاء الأطفل هو أدنى من ما هم عليه الأطفل المبصرون من نفس العمر العقلي ولكنهم أفضل من أطفل الإعاقة السمعية لذلك يجب إغناء بيئتهم التعليمية بالوسائل السمعية للتعويض عن حاسة البصر.

عناصر المنهاج الرئيسية:

يحتاج الأطفل المعوقون إلى أهداف إضافية بالإضافة إلى ما يحتاجه الأطفل العاديون وهي كما يلي:

- تطوير قدرات واستعدادات هؤلاء الأطفل للدراسة.
- الاستفادة مما تبقى لديهم من قدرات في هذا المجل (البصري).
- تطوير مهارات الاستماع لديهم وتزويدهم باللعينات السمعية.
- تطوير مهارات الحركة والتنقل لديهم لمساعدتهم على تلبية حاجاتهم المختلفة.
- تعليمهم مهارات الحية اليومية ومهارات العناية بالذات.
- تطوير مهارات التواصل لديهم ومهارات حل المشكلات.
- استخدام الأدوات والأجهزة الخاصة بهم.

كيف يمكن معرفة استعداد الأطفال المعوقين بصرياً للتعلم:

يجب الكشف عن مدى قدرة الطفل المعوق بصرياً للتعلم المدرسي وتحديد الأدوات التي يمكن استخدامها لتحقيق ذلك الغرض ويمكن القول بأند استعداد الطفل المعاق للتعلم يعتمد على خبراته السابقة أكثر من اعتماده على نموه الحسي والحركي لأن المعارف لدى الطفل تتجمع عنده على نحو تراكمي ومتسلسل وهو ينتقل من تعلم المفاهيم البسيطة إلى المفاهيم الأكثر تعقيداً.

لذلك لا بد من الكشف عن مدى استعداد هؤلاء الطلبة للتعلم لكي نستطيع الحصول على نتائج جيدة في مجل تعليم هؤلاء الأطفل لأن الطالب إذا كان لديه الاستعداد سوف يتمكن من الاستفادة من الفرص التعليمية المتاحة له وسيكون قادراً على استيعاب المواد التعلمية وقادراً على النجاح، أما إذا كان ليس لديه هذا الاستعداد فإنه سوف يواجه صعوبات تقوده إلى الفشل أو قد يكون بطيئاً في تعليمه أو غير فاعل وذلك بسبب افتقاره للدافعية والحماس للتعلم لذلك لا بد من الحصول على المعلومات الضرورية عن المعوق بصرياً وتزويد المعلم

والمدرب بها وذلك لمعرفة مواطن القوة والضعف وتحديد طبيعة المشكلات التي يواجهها وذلك من أجل تحديد الأهداف التربوية المناسبة له وتحديد استراتيجيات التدخل العلاجي ويجب البدء من ما لدى الطالب من قدرة على الأداء.

العوامل المؤثرة في الاستعداد للتعلم:

يمكن تلخيص العوامل المؤثرة في الاستعداد للتعلم فيما يلي:

- القدرات العامة (العقلية والتكيفية).
- القدرات الخاصة.
- استراتيجيات التعليم المستعملة في عملية التعلم.

ما هي المؤشرات الدالة على استعداد الطالب المعوق للتعلم:

- القدرة على الانتباه وعدم التشتت.
- القدرة على المثابرة.
- القدرة على التواصل مع الأطفال الآخرين عن طريق اللعب.
- القدرة على التعاون مع الأطفال الآخرين في القيام بالنشاطات المدرسية.
- القدرة على اتباع تعليمات المدرس اللفظية للقيام بالمهمات المطلوب منه.
- اكتساب خبرات تجريدية.
- القدرة على التعبير عن أفكاره وعن طريق اللغة.
- فهم القصص وما تعنيه.
- القدرة على استيعاب المفاهيم البسيطة والعلاقات بينها.
- القدرة على العناية بذاته وجسده.
- القدرة على تحمل النقد والاتزان الانفعالي.
- القدرة على استخدام أجهزته الحسية الأخرى.
- احترام الآخرين وممتلكاتهم.

- الثقة بالنفس وعدم الاعتماد على الآخرين.
- إبداء الرغبة في التعلم والاستكشاف.
- الاستمتاع بالنجاح.

كيف يمكن تقييم استعدادات الطفل للتعلم:

من وسائل التقييم ما يلي:

- السجل التراكمي للطالب:

ففي هذا السجل فيض واسع من المعلومات عن الطالب وعمره ومكان سكنه ودخل والده ونشاطاته وميوله وهواياته والأمراض التي أصيب بها وشدتها ودرجتها والمطاعيم التي أخذها وطرق معالجته وسماته الشخصية والسلوكية وتفاعله مع الآخرين ومشكلاته الدراسية والأكاديمية وغيرها من معلومات يمكن أن يستعين فيها المعلم لتقييم استعداد الطفل لحو التعلم.

الاختبارات:

تقيس الاختبارات القدرات العامة والخاصة عند الطفل واختبارات تقيس مستوى النمو الوظيفي (الجسمي الحركي) واختبارات المواد الدراسية كالقراءة والحساب ومن خلال الاختبارات يمكن توقع أداء الطفل مستقبلاً ومنها اختبارات الذكاء على سبيل المثال لا الحصر.

متابعة الأهل:

من خلال مقابلة الأهل يمكن الحصول على معلومات تنفع في تقييم الطفل منها ما يلي:

- عمر الطفل عند الإصابة بالإعاقة.
- سبب الإعاقة.
- عادات النظافة والطعام والنوم والعادات الاجتماعية واستعمل التواليت وغيرها.

- السلوكات غير الاجتماعية.
- اتجاهات الطفل نحو الدراسة.
- تحديد الصعوبات التي يواجهها.
- تحديد الوسائل التربوية التي قد حاول الاستفادة منها ومدى تقدمه أو فشله.

تقويم القدرات العامة:

يشتمل تقييم القدرات العامة تقييم القدرات العقلية ومهارات الاتصال مع البيئة وغالباً ما يتم ذلك عن طريق اختبارات الذكاء بينيه **Binet** ووكسلر **Wiksler** أما تقييم الكفاية الاجتماعية أو العلاجية الاجتماعية فمنها مقياس النضج الاجتماعي ومن أهم المحددات في هذا المجال ما يلي:

أ- أنماط السلوكات التي لها علاقة بالبيئة وهي كما يلي:

- مهارات الحركة والتنقل واكتشاف البيئة.
- القدرة على التصرف في الحالات المفاجئة.
- التعرف علي موجودات غرفة الصف.
- سلوكات الطعام.

ب- أنماط السلوك ذات العلاقة بالآخرين وتشمل ما يلي:

- الاتجاهات نحو الآخرين.
- الاتجاهات نحو التواصل مع الآخرين.
- المحادثة.
- الترحيب بالآخرين.

ج- أنماط السلوكات المتعلقة بالذات وتشمل:

- التعبير عن المشاعر المختلفة الفرح والحزن والغضب.

- الاتجاهات نحو الذات وتقديرها أو عدمه.
- العناية بالذات.

د- أنماط السلوك المتعلقة بالمهارات التعليمية وتشمل ما يلي:

- التشتت والانتباه.
- اتباع التعليمات.
- النشاطات الجماعية.
- القدرة على العمل المستقل.
- المنافسة.

تقويم القدرات الخاصة وتشمل ما يلي:

- القدرة على التمييز السمعي واللمسي.
- التذكر والانتباه.
- المهارات الادراكية الحسية وتشمل:
- المهارات السمعية.
- المهارات الحركية.
- المهارات البصرية.
- مهارات اللمس.

تقييم مفاهيم الطفل وتشمل المجالات التالية:

- أكبر، أصغر.
- فوق، تحت.
- يمين، شمال.
- أعلى - أسفل.

- أمام، وراء.

- ناعم، خشن.

- داخل، خارج.

تقويم استراتيجيات التعلم:

إن استراتيجيات التعلم لها علاقة بما يلي:

- كيف يستخدم الطفل قدراته في عملية التعلم.
- طرق الطفل في استخدام المعلومات من حيث اكتسابها وتكاملها وخزنها واسترجاعها.

أنه لشيء هام ملاحظة أن تقييم استراتيجيات التعلم للطفل قد يجب أن تأخذ بعين الاعتبار بأنه يكون لديه قدرات ممتازة للتعلم لكن الاستراتيجيات غير مناسبة.

تقويم السلوك الصفي:

نعني بذلك قدرة الطالب على التعامل بشكل مناسب مع متطلبات المدرسة ومنها ما يلي:

اتجاهاته نحو المدرسة:

قد تكون اتجاهات الطالب نحو المدرسة اتجاهات ايجابية وتكون لديه رغبة في التعلم واكتساب المعارف وفي رغبته في الحضور للمدرسة أو علمه وتشمل اتجاهاته نحو المدرسة في النظر للمدرسة بأنها تتطلب منه مهمات لا يستطيع القيام بها، الأمر الذي يطور لديه اتجاهات سلبية نحوها تحد من استعداداته وفرص نجاحه.

مفهوم الذات Self-Image:

وهو المفهوم الذي يكونه الطفل عن نفسه نتيجة خبراته مع البيئة التي يعيش فيها وقد يكون عالياً أو متدنياً حسب خبراته الحياتية ويمكن التعرف على

ذلك من خلال نظرة الطفل لنفسه ونحو صلاحيته للتعلم وأدائه المدرسي وعلاقاته مع المعلمين والطلاب الآخرين.

سلوك الدراسة ويشمل ما يلي:

- تقبل الواجبات المدرسية.
- القدرة على إنهاء الواجبات المدرسية في أوقات مناسبة.
- العمل المنظم والصحيح.
- الالتزام بالدراسة.
- المشاركة في النشاطات الجماعية.

استثمار القدرات البصرية المتبقية:

قديماً كان الطلاب ضعاف البصر يُجمعون في غرفة صفية واحدة ويدرسون بطريقة معينة ولقد ظهر حديثاً بأن هذه الطريقة غير مفيدة ولذلك فإن دمج الأطفال ضعاف البصر مع العاديين أفضل ويمكن مساعدتهم في الدراسة عن طريق تكبير الحروف ليتمكنوا من الرؤية.

تطوير مهارات الاستماع:

إن من أحد وأهم الطرق التعويضية والبديلة التي يمكن استخدامها بفاعلية في تعليم العمي هي تنمية مهارات الاستماع لديهم ويكون ذلك عن طريق ما يلي:

- شدّ انتباههم إلى المادة بطريقة مشوقة.
- قص القصص عليهم والطلب منهم إعادتها واستخلاص معانيها.
- سماعهم للأشرطة المسجلة.
- إطالة زمن أو مدة الاستماع وتخليصهم من التشتت.
- التشجيع والحفز والحث على الاستماع.

- استعمل أشخاص آخرين للقراءة لهم.
- أن يتم التعلم في مكان هادئ ومنظم.
- تشجيع الطفل على تسجيل المعلومات.
- التوقف عند النقاط الهامة.
- تدريب الطفل على التواصل المنظم مع الآخرين متى يتحدث ومتى يستمع.

تطوير مهارات التنقل والحركة في البيئة ويشمل ذلك ما يلي:

- إكساب المعوق بصرياً معلومات عن بيئته وعن موقع المدرسة والمستشفى والحمام وغرفة النوم والجلوس والطعام وغيرها.
- استخدام الأدوات الخاصة بالتنقل كالعصا أو الباص أو السيارة.
- تطوير المهارات الحركية لديه.
- تقدير الوقت والمسافات والأماكن.
- طلب المساعدة من الآخرين.
- مصاحبة شخص آخر من أسرة الطفل أو الجيران له ليدربه على معرفة الأماكن المختلفة ووصفها له.
- تعليمه كيف يسأل ليصل إلى المعلومة التي يريدها المتعلقة بالأمكنة.
- استخدام العصا في التنقل والحركة.

تطوير القدرة على القيام بالمهارات الحياتية اليومية ويشمل ذلك ما يلي:

- تطوير حواس السمع واللمس والذوق والشم للتعويض عن حاسة البصر لأن المعوق بصرياً غير قادر علي التعلم بالنمذجة لأنه لا يرى ماذا سوف يطلب منه التدرب عليه ويجب أن تقوم الأسرة منذ البداية على تعليم الطفل بكيفية قضاء حاجته والذهاب للحمام والاستحمام وتغسيل الوجه ولبس الملابس وخلعها وتناول الطعام ثم يأتي دور المدرسة ليرسخ هذه التدريبات والمكتسبات وبعد أن

يكبر لتعرف على مواقع الملابس والأطعمة والأدوية وكيف يهتم بمظهره العام والتعرف واستخدام الهاتف وعد النقود .

تطوير مهارات التواصل وتشمل ما يلي:

- تطوير مهارات اللغة والتحدث.
- تطوير مهارات الكتابة.
- المشاركة في المناسبات الاجتماعية.

استخدام الأدوات والمعدات الخاصة :

وتشمل استخدام وسائل القراءة والكتابة واستخدام نظام بريل ويشمل هذا الجانب ما يلي:

- الآلات الكتابية، يستطيع بعض الطلبة المعاقين بصرياً استعمل الآلة الكاتبة بدلاً من الكتابة بأيديهم.
- الكتب الناطقة هنالك كتب خاصة بالمعوقين سمعياً مطبوعة بطريقة تساعدهم على التعلم.
- استعمل الأشرطة وتسجل عليها الملاحظات في غرفة الصف.
- الدائرة التلفزيونية المغلقة ويشمل ذلك عرض معلومات أو مواد مطبوعة على شاشة التلفاز من أجل قراءتها وهي إحدى الوسائل التعليمية الحديثة في تعليم الأطفل المعوقين بصرياً.
- أوباكون وهي أداة تكنولوجية معقدة تساعد على القراءة حيث تحول المادة المكتوبة إلى ذبذبات لمسية يستطيع الطفل الأعمى لمسها بإصبعه.
- أدوات التكبير وتشمل العدسات لتكبير الكلام لتسهل قراءته.
- جهاز زكرزويل للقراءة بحيث يحول هذا الجهاز المادة المكتوبة إلى مادة مسموعة.
- أدوات أخرى العداد الحسابي، الأبيكاس للقيام بالعمليات الحسابية والحاسب الناطق والخرائط اللمسية وغيرها.

البرامج التربوية للمعوقين بصرياً :

والجهات التي تقدمها ومنها ما يلي:

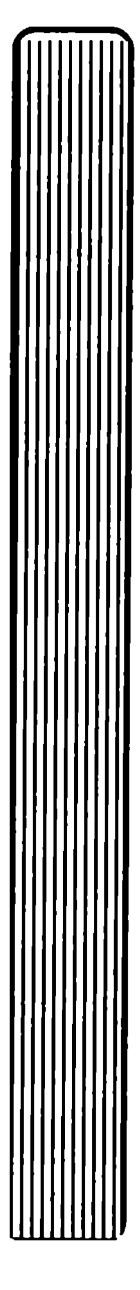
- مراكز الإقامة العاملة للمعوقين بصرياً.
- مراكز التربية الخاصة النهارية للمعوقين بصرياً.
- دمج المعوقين بصرياً صفوف خاصة ملحقة بالمدرسة العادية.
- دمج المعوقين بصرياً في الصفوف العادية في المدرسة العادية.

ويدرب الأطفال العمي بطرق عديدة كما ذكرنا سالفاً بالإضافة إلى الاعتماد على ما يلي:

- الدليل المبصر وهو شخص يساعد المعوق بصرياً على الحركة والتنقل.
- الكلاب المرشدة التي تصطحب المعوق بصرياً إلى السوق أو المدرسة.
- العصا البيضاء وتعمل بأشعة الليزر.
- النظارة الصوتية.
- الأجهزة الصوتية التي تعلق على عنق الكفيف وتعرفه بوجود عوائق في الطريق.







تعديل سلوك المعاقين

- السلوك النمطي.
- السلوك الفوضوي.
- إيذاء الذات.
- الانسحاب الاجتماعي.
- السلوك العدواني.

السلوك النمطي stereotypic behaviour

وهو مظهر سلوكي شاذ يبدو على هيئة استجابات متباينة من الناحية الشكلية إلاّ أنها تتشابه من حيث كونها غير وظيفية أي ليس لها وظيفة تؤديها وهو سلوك شائع لدى الأطفال المعوقين ولهذا السلوك تسميات عديدة مثل الإثارة الذاتية والسلوك الموجه نحو الذات والسلوك غير الوظيفي أو التوحدي أو الطقوسي ومع أن هذا السلوك لا يهدد سلامة الأطفال المعوقين ولا يسبب لهم الأذى إلاّ أنه يجب خفضه لأنه جالب للانتباه عند الآخرين الأمر الذي يشكل لديهم اتجاهات سلبية نحو الطفل صاحب المشكلة ولأن هذا السلوك يحد من تفاعل الطفل المعاق مع البيئة التي يعيش فيها الأمر الذي يعيق عملية تعلمه ومن أشكال هذا السلوك المظاهر التالية:

- حركات جسمية متكررة.
- تحريك الأشياء بشكل متكرر دون هدف واضح.
- إصدار أصوات متكررة غير هادفة ومن هذه السلوكات ما يلي:

- هز الرأس.
- مص الإبهام.
- حركات الأصابع.
- حركات اليدين.
- هز الجسم.
- حك الجسم.
- التلويح باليد.
- لف الشعر.
- هز الرجلين.
- التربيت على الوجه.
- الصراخ والقهقه.
- التصفيق باليدين.
- ضرب القدمين بالأرض.
- التحديق في الفراغ.
- التحديق في الضوء.
- فرقعة الأصابع.
- الدوران في المكان نفسه.

نسبة انتشار هذا السلوك :

إن ما يعدل 65٪ من الأطفال المعوقين لديهم مثل هذا السـلوك ويظـهر أكـثر لدى الأطفال المعوقين انفعالياً وبصرياً ويأخذ ذلك شـكل هـز الجسـم إلى الأمـام أو الخلف أو الدوران في المكان نفسه أو التحدث في الضوء.

أسباب السلوك النمطي

- المحاولة في الحصول على الإثارة فهو يعوض الفرد عن النقص في الإثارة البيئية أو الحصول على مستوى أكبر من الإثارة الموجودة في البيئة الطبيعية.
- إنه ناتج عن الإثارة البيئية الكبيرة ويرى أصحاب هذه الفكرة بأن المعـوق يسـعى للهروب من إثارة البيئة الهائلة لأنه لا يستطيع التعامل معها.
- أنه محاولة من المعوق لتخفيض مستوى إثارة القلق والإحباط لديه.
- إن نتائج هذا السلوك تعمل على تعزيزه.
- إن المعوق يواجه صعوبة في التمييز بين جسمه والبيئة المحيطة به ويقوم بإثارة ذاتـه لمعرفة هذه الفروق.
- إنه نتيجة خلل شديد في العلاقات الطبيعية بين الأم والرضيع.
- إنه ناتج عن اضطراب في العمليات الفيزيولوجية أو تلف في الجهاز العصبي.
- عدم تعلم المعاق للأنماط السلوكية التكيفية.

إجراءات التعديل السلوكية (الاستراتيجيات) :

- حذف وإلغاء وعدم تقديم المعززات التي تنجم عن السلوك النمطي.
- منع السلوك النمطي من الحدوث وتعليمه السلوك المتكيف.
- معاقبة السلوك النمطي عند حدوثه.
- مكافأة السلوك التكيفي عن حدوثه.
- تنظيم وإعادة تنظيم الوضع البيئي.

- استخدام العقاقير الطبية والمثيرات القبلية والبعدية.

- الإجراءات التنفيرية.

- الإجراءات الإيجابية.

- الإطفاء الحسي.

وسنتناول هذه الإجراءات بشيء من التوضيح:

أولاً : تنظيم وإعادة تنظيم الوضع:

وتهدف هذه الطريقة إلى ضبط الأحداث القبلية بهدف التحكم في الظروف البيئية التي تهيئ الفرصة لحدوث السلوك النمطي من جهة أو توفر الظروف لحدوث الأنماط السلوكية البديلة التي تتناقض مع السلوك النمطي وتستخدم هذه الطريقة ما يلي:

- العقاقير الطبية.

- التفاعلات الاجتماعية والبيئية.

- التعليمات اللفظية والتوجه الجسدي.

ثانياً : العقاقير الطبية :

يعطى هؤلاء الأطفال علاج الميلاريل Mellaril لخفض هز الجسم وعقار الدكسدرين.

ثالثاً : التفاعلات البيئية وتشمل هذه الاستراتيجية ما يلي:

- توفير الفرص اللازمة لممارسة التفاعلات الاجتماعية والبيئية المناسبة.

- ممارسة الألعاب والتمارين الرياضية.

- الاشتراك في المناسبات الاجتماعية.

رابعاً: التعليمات:

يعطى الطفل تعليمات محددة ويطلب منه تأدية مهمات معينة بهدف منعه من القيام بالسلوك النمطي.

خامساً: الإجراءات المنفرة وتشمل ما يلي:

- الصدمة الكهربائية.
- التقييد الجسدي.
- النتائج المنفرة.
- الموسيقى المنفرة.
- التصحيح الزائد.
- الإقصاء عن التعزيز الإيجابي.

أ- الصدمة الكهربائية:

وهي أسلوب عقابي يفضل عدم اللجوء إليه حيث يتعرف الطفل المعاق إلى هذه الصدمة لكي يقلع عن السلوك النمطي والتبول اللاإرادي.

ب- التقييد الجسدي:

ويعني ربط يد الطفل أو الجزء من الجسم الذي يتحرك عند المعاق كربط يده.

جـ- التوابع المنفرة:

وتأخذ شكل التوبيخ scolding أو صفع يد الطفل أو قول لا له بصوت مرتفع.

د- الموسيقى المنفرة:

الموسيقى الصاخبة تعمل كمثير منفر يقترن بحدوث السلوك النمطي الأمر الذي يجعل الطفل المعاق يقلع عنه.

هـ- التصحيح الزائد:

وما يترتب عليه من آثار مزعجة ومنفرة للطفل ويطلب من الطفل القيام بحركات يدوية صحيحة لمدة دقائق وبالإضافة إلى التصحيح الزائد يستخدم أسلوب الممارسة الإيجابية لتعديل السلوك النمطي عند المعاقين.

و- الإقصاء عن التعزيز الإيجابي (العزل Time out):

إن عزل الطفل في غرفة خاصة بعيداً عن المعززات قد يساعد على تعديل السلوك النمطي ولكن أثبتت الدراسات أن هذا الإجراء غير فاعل.

الإجراءات الإيجابية:

وتعتمد هذه الإجراءات على التعزيز وعدم استخدام الأساليب العقابية المنفرة أي تعزيز الاستجابات السلوكية الحركية الصحيحة وتشمل هذه الإجراءات ما يلي:

- تعزيز غياب السلوك النمطي.
- تعزيز السلوك البديل للسلوك النمطي.
- تعزيز انخفاض السلوك النمطي.
- الإشراط المضاد
- التعزيز التفاضلي.

ز- الإطفاء الحسي:

ويهدف إلى إلغاء المعززات التي تحافظ على السلوك غير المرغوب فيه وقد تكون المعززات داخلية أو خارجية مثل الانتباه للطفل على اعتبار أن السلوك النمطي قد يكون من أجل جذب الانتباه وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه وقد يكون التعزيز حسياً أو لمسياً.

السلوك الفوضوي Missy sloppy:

هو سلوك يحول دون تأدية الفرد لوظائفه بشكل أو آخر والسلوك الفوضوي في غرفة الصف يعيق سير الحصة الصفية ويكون على شكل خروج الطفل من المقعد والتحدث والتجول في غرفة الصف وإلقاء الأشيله على الأرض والإزعاج اللفظي وغيرها من سلوكات غير منضبطة ولتحديد السلوك الفوضوي واختلافه عن العادي فإنه يختلف في عدد تكرار مرات حدوثه وشدته وتأثيره على حية الفرد ومن أشكال هذا السلوك ما يلي:

- المشي في غرفة الصف.
- الضحك بطريقة غير مناسبة.
- مغادرة الصف.
- إصدار أصوات غير مفهومة.
- تغيير المقعد.
- التحدث مع الآخرين.
- اللعب بأدوات الآخرين.
- الكتابة على الحائط.
- التململ.
- تمزيق الكتب ورميها.
- هز الجسم أثناء الجلوس.
- التأخر عن موعد الحصة.
- رمي الأوراق على الأرض.

استراتيجيات العلاج:

تشمل هذه الاستراتيجيات ضبط المتغيرات المتصلة بالبيئة الصفية والمعلم والأقران ومن أشكالها ما يلي:

- التعزيز.
- التعزيز التفاضلي.
- لعبة السلوك الجيد.
- الضبط الذاتي.
- التصحيح الزائد.

- التوبيخ.
- الإقصاء عن التعزيز الإيجابي.
- تشكيل الاستجابات البديلة.
- تكلفة الاستجابة.

التعزيز الإيجابي والتعزيز الرمزي:

يهدف التعزيز إلى خفض السلوك الفوضوي ويتم تعزيز السلوك الصفي المناسب وليس السلوك الفوضوي ومن أشكال التعزيز ما يلي:

- الابتسام.
- التربيت على الكتف أو الظهر.
- المديح.
- الانتباه للسلوك الجيد.

إن التعزيز الإيجابي والرمزي تساعدان على محو السلوك الفوضوي كما أن التعزيز الرمزي يعطي دافعية للطفل في الاستمرار للتخلص من سلوكه الفوضوي حتى يحصل على ما يريد.

- التعزيز التفاضلي:

ويشمل تعزيز الأطفال عندما يقوموا بسلوك مقبول وتجاهلهم عندما يقوموا بالسلوك الفوضوي أي تعزيز السلوك المفضل فقد ينتبه المعلم للسلوك المنظم ويتجاهل السلوك الفوضوي لتحدث استجابات سلوكية نظامية لدى الفرد.

- لعبة السلوك الجيد:

يكتب المعلم قواعد السلوك الجيد على لوحة تعلق على حائط ويخبر الأطفال بأن الطفل الذي يخالف تعليمات السلوك الجيد يخسر نقطة واحدة والفريق الذي يطبق التعليمات الخاصة بالسلوك الجيد يربح نقطة وتوضع له ويكتب أسماء الطلبة

الذين حصلوا على نجوم في لوحة الشرف والفريق الخاسر يطلب منهم البقاء في غرفة الصف وللقيام بالواجب بينما الفريق الناجح يطلب ويعزز بالجوائز والحلوى.

- الضبط الذاتي:

ويتطلب هذا الإجراء تحليل سلوكهم وتعديله ذاتياً وأن يتابعوا أنفسهم ذاتياً الأمر الذي يساعد على خفض السلوك الفوضي لديهم.

- التصحيح الزائد والممارسة الإيجابية للسلوك غير الفوضوي:

بعد ممارسة الطفل للسلوك الفوضوي مباشرة والممارسة الإيجابية تعمل على محو السلوك الفوضوي وعقابه وتعلمه الاستجابة الصحيحة وتقدم له تغذية راجعة.

- التوبيخ:

يُوبخ المعلم الطالب صاحب السلوك الفوضوي مباشرة له وبدون أن يسمعه بقية الطلاب الآخرين وقد يأخذ ذلك شكل الضغط على كتف الطالب لاجلاسه في المقعد.

- الإقصاء:

ويشمل ذلك منع الطفل من جو المعززات على السلوك الفوضوي إلى غرفة لا يوجد فيها معززات تستثير سلوكاته الفوضوية الأمر الذي يعمل على محو السلوك الفوضوي.

- تشكيل الاستجابات البديلة:

ويهدف هذا الإجراء إلى تشكيل استجابات لا تتوافق مع الأنماط الفوضوية وتعزيز عدم حدوث الأخيرة ويمكن استعمل التعزيز التفاضلي لضمان نجاح هذا الإجراء.

- تكلفة الاستجابة:

وتشمل حرمان الطفل من فترة الاستراحة جراء قيامه بسلوكات فوضوية داخل غرفة الصف.

سلوك إيذاء الذات Self - injurious:

من أصعب السلوكات التي تشكل خطراً على المعاقين خاصة ذوي الإعاقات الانفعالية (التوحد) والتخلف العقلي ويشمل ذلك ضرب الرأس في الحائط أو شد الشعر وتسبب تلف جسدي لدى الفرد ويأخذ الأشكال التالية:

- إساءة معاملة الذات.
- التشويه الذاتي.
- إتلاف الذات.
- عقاب الذات.

نسبة انتشار السلوك:

إن سلوك إيذاء الذات يتراوح 10٪ بين الأطفال المتخلفين عقلياً وأن حوالي 15٪ من الأطفال العاديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 9 - 23 شهراً يعانون منه.

الأسباب:

- الأمراض الجسدية والاضطرابات الجسمية.
- خفض مستوى الشعور بالندم عند الفرد (ارتداد الغضب على الفرد نفسه).
- سلوك متعلم للحصول على الانتباه.
- افتقار الطفل لفرص الإثارة والحصول على الإثارة البيئية.
- اضطراب في عملية النمو الطبيعي.

استراتيجيات العلاج:

- **العقاقير الطبية:** علاج الكاربيدوبا.
- **التعزيز التفاضلي:** أي تعزيز السلوك الأفضل لدى الفرد وهو سلوك عدم إيذاء الذات وتجاهل السلوك غير المرغوب فيه.
- **تنظيم الظروف البيئية:** ويتمثل بإزالة المثيرات ذات العلاقة الموجودة في الموقف وتعديل المهمات الموكلة للطفل وتحديد المواقف وضبط المثيرات القبلية التي تستجر سلوك إيذاء الذات.
- **التصحيح الزائد:** ويشمل هذا الإجراء تعليم الطفل الاسترخاء العضلي وإجبار الطفل علىٰ ممارسة الاسترخاء لفترة طويلة من الزمن قد تكون مدة ساعتين وبعد قيام الطفل بسلوك الإيذاء الذاتي وإبقاء الطفل في السرير ويجبر على القيام باستخدام التوجيه الجسدي التدريجي وتعليم الطفل استخدام يديه بشكل إيجابي وليس في الإيذاء ويرغم الطفل على القيام بنشاطات حركية محددة كإبقاء اليدين فوق الرأس.
- **الإطفاء:** ويشمل عدم إعطاء الطفل الانتباه على سلوك إيذاء الذات ووقف التعزيز عنه في حال قيامه بسلوك إيذاء الذات.
- **الإقصاء:** ويتضمن إبعاد الشخص عن الموقف المعزز لحدوث سلوك إيذاء الذات أو إزالة الموقف المعزز ذاته عند حدوث سلوك إيذاء الذات وقد يكون الإقصاء بمنع الطفل من مزاولة النشاط الذي يقوم به أو تقييده جسدياً بعد قيامه بسلوك الإيذاء.
- **الأساليب المنفرة:** ومن هذه الأساليب الصدمة الكهربائية أو سكب عصير الليمون في فم الطفل أو تعريضه لروائح كريهة إلاّ أن هذه الأساليب غير مشجع على استعمالها.

- الانسجاب الاجتماعي social with drawal

الانسحاب الاجتماعي يتمثل في انعــزال الفـرد عـن التفـاعل مـع الآخريـن والأمر الذي يقود إلى عزلته.

الأسباب:

- تلف في الجهاز العصبي المركزي.
- اضطرابات الكلام واللغة وتجنب الناس.
- الافتقار إلى مهارات الاتصال.
- العدوان.
- الشلل الدماغي والشلل العادي.
- الافتقار إلى مهارات اللعب المقبولة والمناسبة.
- عدم النضج الاجتماعي.
- صعوبات التعلم.
- الاكتئاب والخوف والقلق.

أشكال الانسحاب الاجتماعي:

- يخاف من الراشدين الغرباء.
- ينزعج بسهولة من تغير الأشياء من حوله.
- يصاب بالذعر بسهولة.
- لا يدافع عن نفسه ويخاف الأذى.
- الارتجاف.
- يقف جانباً عن اللعب.
- يخاف من الأعضاء.

- بطء في تكوين علاقات الصداقة.
- يرضخ بسهولة للآخرين.
- يشعر بالحرج بسهولة.
- لا يشعر بقيمته.
- لا يهاجم الآخرين حتى لو هاجموه.
- يفضل البقاء وحيداً.
- ليس لديه أصدقاء.
- يواجه صعوبة في التحدث.

استراتيجيات العلاج وتشمل ما يلي:

- النمذجة.
- تدريب الرفاق.
- التعزيز الإيجابي.
- تنظيم الظروف البيئية.
- التدريب على المهارات الاجتماعية.

أولاً: النمذجة Modeling :

يطلب من الطفل المنسحب اجتماعياً ملاحظة نموذج يتفاعل اجتماعياً مع أقرانه بطريقة مناسبة ليتعلم منه كيف يسلك في المواقف الاجتماعية المختلفة وتتطلب النمذجة ما يلي:

- الانتباه.
- التذكر.
- التقليد.
- تطبيق ما تعلمه الفرد مع مواقف حياتية عملية.

ثانياً: تدريب الرفاق:

يستخدم الرفيق كمعدل اجتماعي للمعاق ومن مميزات هذا الإجراء ما يلي:

- يوفر فرصاً مناسبة لتعلم المهارات الاجتماعية.
- يسهل على المعلم القيام بواجباته ويقتصر دور المعلم على الإشراف على تنفيذ الإجراءات.
- ويمكن استخدام التثقيف لتعليم الطفل المهارات الاجتماعية.

ثالثاً: التعزيز الإيجابي:

يجب الانتباه للطفل وامتداحه عندما يقوم بالسلوك الاجتماعي من خلال نشاط معين وتشجيع الطفل عندما يقترب من الأطفال الآخرين أو عندما يحي الآخرين ويمكن استخدام التعزيز الرمزي والمديح والاستحسان والثناء وتقديم المعززات المختلفة.

تنظيم الظروف البيئية ويشمل ما يلي:

- تنظيم الأحداث والمتغيرات القبلية في بيئة الفرد المعاق الاجتماعية.
- استخدام الألعاب الجماعية والنشاطات الترويحية المشتركة.
- استخدام الدراما ليشارك فيها الطفل.
- الحد من اللعب الفردي.

رابعاً: التدريب على المهارات الاجتماعية:

يتضمن هذا الأسلوب استخدام النمذجة ولعب الأدوار والتغذية الراجعة والتعزيز لتعليم الأطفال المعاقين مهارات التواصل ومن هذه المهارات إلقاء التحية والاعتذار وقبول الأعذار وعدم التأخر عن المواعيد ... الخ.

السلوك العداوني Aggressive Behaviour

قد يكون العدوان جسدياً أو لفظياً أو رمزياً ويشمل إيقاع الأذى بالآخرين أو تخريب الممتلكات أو السيطرة على الآخرين جسمياً ولفظياً ويجب التفريق بين العدوان وتوكيد الذات Self - assertiveness وهو أسلوب يطالب فيه الفرد بحقوقه دون إيذاء لمشاعر الآخرين وحقوقهم وقد يكون العدوان مباشراً أو غير مباشر أو نحو الذات.

الأسباب:

- الأسباب البيولوجية العضوية واضطرابات الكروموسومات والهرمونات والأعصاب.
- الغريزة: كما يقول فرويدبان الفرد لديه غريزة العدوان.
- الإحباط: وهو سبب رئيس للعدوان بسبب عدم تحقيق الأهداف.
- التعلم: ويشمل على مشاهدة نماذج العدوان الحية أو الرمزية كما هو الحال في مشاهدة الأفلام البوليسية.
- التلوث البيئي وارتفاع درجة الحرارة والصوت.
- عدم التنبؤ بنتائج السلوك العدواني.
- الجنس فالذكور أكثر عدوانية من الإناث.
- التنشئة الاجتماعية.

قياس العدوان:

يمكن قياس العدوان بالطرق التالية:

- الملاحظة المباشرة للفرد الذي يعتدي.
- قياس السلوك العدواني بما يترتب عليه من نتائج غير مرغوبة.
- التقارير الذاتية.

- المقابلة.
- المتابعة الذاتية.
- اختبارات الشخصية.
- افادات الأقران.

أشكال العدوان:

- يصرخ بغضب.
- يعتدي على الآخرين لفظياً.
- يسب الآخرين (لغة بذيئة).
- يهدد الآخرين.
- يضرب الباب بعنف.
- يرمي الأشياء على الأرض بعنف.
- يحدث حرائق.
- يصدر إيماءات تهديدية.
- يهاجم الآخرين أو يركلهم.
- يسبب جروحاً للآخرين.
- يخدش نفسه ويضرب رأسه.
- يجرح نفسه.
- يؤذي نفسه.
- يكسر الأشياء.

استراتيجيات العلاج وتشمل ما يلي:

- إطفاء السلوك العدواني.
- التصحيح الزائد.
- تكلفة الاستجابة.
- العزل.
- ضبط المثيرات.

أولاً: إطفاء السلوك العدواني ويشمل:

- إلغاء المعززات التي كانت تحافظ على استمرارية حدوث السلوك العدواني.
- تعزيز السلوك غير العدواني.

ثانياً: التصحيح الزائد ويشمل ما يلي:

- إرغام الطفل العدواني على إصلاح الأضرار التي نجمت عن سلوكه.
- الاعتذار عن أخطائه.

ثالثاً: تكلفة الاستجابة:

وتشمل حرمان الطفل المعوق من كمية محددة من بعض المعززات التي بحوزته فور قيامه بالاعتداء على الآخرين.

رابعاً: العزل ويشمل ما يلي:

- عزل الطفل عن جميع المثيرات المعززة لسلوك العدوان بعد قيامه بالعدوان مباشرة.
- عدم التحدث مع الطفل أثناء العزل.
- التأكد من غرفة العزل خالية من المعززات.
- تحديد زمن أو فترة العزل.

خامساً: التعاقد السلوكي:

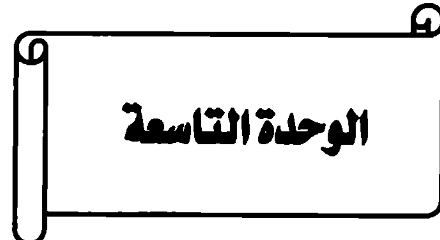
يَكْتب معدل السلوك عقداً مع الشخص الذي يقوم بالسلوك العدواني يتعهد فيه، لتعديل السلوك بتقدم جوائز أو هدايا يحبها الفرد مقابل أن يتوقف عن سلوكه العدواني ويرفق ذلك بالتشجيع والاستحسان الأمر الذي يحد من سلوك العدواني عنده ويستطيع المعلم في غرفة الصف إجراء هذا الأسلوب.

سادساً: العقاب ويشمل:

- الصدمة الكهربائية مع الطفل المعوق.
- حرمان الطفل من النشاط الذي يحب أو يفضل.
- عدم تقديم التعزيز له.
- تغريمه الخسارة.

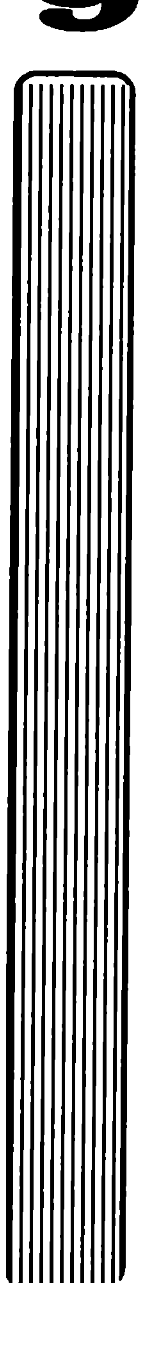
سابعاً: ضبط المثيرات ويشمل:

- إعادة تنظيم المثيرات البيئية الخارجية أو العمليات المعرفية المرتبطة بالسلوك العدواني.
- إزالة الدلالات التميزية التي تهيئ الفرصة لحدوث السلوك العدواني.
- إبعاد الطفل عن مشاهدة مشاعر عدوانية.
- خفض الإثارة المنفرة والتي تسبب العدوان.
- التدريب على الاسترخاء العضلي.
- تعليم الطفل أسلوب حل المشكلات.
- تعليم الطفل مهارات الاتصال.
- تعليم الطفل التعبير عن انفعالاته بطرق هادئة.
- تدريب الطفل على أسلوب توكيد الذات.
- نمذجة طرق التفاعل الجيدة.
- تشجيع الطفل على ممارسة السلوك غير العدواني.
- تقديم التغذية الراجعة الإيجابية.





9



نشأة العناية بالكفيف ورعايته

- تاريخ تربية الطفل الكفيف.
- تطور تربية الكفيف في الأردن.
- تطور تربية الكفيف في العالم العربي.

تاريخ تربية الطفل الكفيف

يحدثنا التاريخ طوال ثلاثة آلاف سنة عن كفيف نال قسطاً من التعلم قبل القديس ديرموس الذي عاش في القرن الرابع الميلادي - ويمثل تاريخ المكفوفين سجل يظهر فيه عجز الإنسان عن معرفته نفسه وهو تاريخ مظلم للغاية (ترلولد لوينفلد) تاريخ المكفوفين إلى ثلاثة أقسام:

1- فترة التسول.

2- فترة اللجوء.

3- وفتر التكيف مع المجتمع وحسبنا أن نشير إلى تاريخ تربية المكفوفين في مصر القديمة - فقد سماها هيسود Hesiod بلاء المكفوفين المتسولون ومعظمهم من المكفوفين يخرجون من بيوتهم والأماكن التي يلجئون إليها ويجتمعون في الشوارع والأسواق والجوامع طلباً للحسنة والصدقات وأصبح التسول مهنة لهذه الطبقة ليعيش منها وهنك حوادث تاريخية لا حصر لها تبين أن الآباء كانوا يلجأون إلى كف بعض أولادهم ليستدروا عطف الناس عند التسول - إن أقدم كتاب عن موضوع الرمد وجد مكتوباً على ورق البردى في مدينة حلية سنة (1872) واحتوى على أكثر من عشرين مرضاً من أمراض العيون ولما زار هيرودوت مصر بعد حوالي عشرة قرون من تاريخ هذا الكتاب وجد أخصائيين في علاج العيون وأمراضها - كان فقد البصر يعتبر إفتقاداً من الآلهة للإنسان ومحاولة علاجه كان ينظر إليه على أنه تدخل في إرادة الآلهة ويستدعي غضبها وثورتها. بل لقد ورد في الكتابات القديمة أن نادى أفلاطون في الجمهورية وارسطو في المدينة الفاضلة بضرورة التخلص من المكفوفين بالإعدام - وفي روما ظل الناس فترة طويلة يُغرقون المكفوفين في الأنهار حتى جاء رومولوس Romulus فحد من هذا التصرف بعض الشيء إذ طلب ضرورة تشكيل

جمعيات أهلية للبث في مدى صلاحية الطفل للمواطنة من عدمه - وقد نـهت الديانة اليهودية عن قتل الطفل الكفيف؛ لأنه هبة من الله يجب المحافظـة عليـها والإحسان له، وقد ظهر في بروسـيا الوثنيـة قانونـاً يسـمح أن يقتـل الأب ابنـه الكفيف أو السيد خادمه. وكان بوذاً يوصي بالرفق بللعوقين ولا سيما المكفوفين وكان يهدف إلى تخليص كل المخلوقات المتألمة من الإهمال وأقام الحكام البوذيون في الهند معاهد رسمية للعناية بهم.

وجد في التفسير اليهودي للآية التي تقول: "يفتح الرب أعين العميـان". وفي الأدب اليهودي نلاحظ تكرار العبارة الآتية: "إن الكفيف كالميت ويأمر التلمـود أن من يمر بكفيف، فعليه أن يترحم عليه كما لو كان يترحم علـى ميـت قريـب لـه) - وكان فلاسفة الرواقين يتصفون برعاعة المعوقين.

حتى جاءت المسيحية فقدمت للمكفوفين العـون المادي ونصحـت بضـرورة معاملتهم برفق وعطف ولعل سبب نبذ المكفوفين يرجع إلى بعض المعتقـدات الـتي كانت سائدة عنهم في هذه الفترة - كالفكرة القائلة: بـأن لمـس الكفيـف قـد ينقـل المصيبة إلى اللامس - وأن يده خطر على الصحة حتى أن بعـض الأمـهات كـن لا يسمحن للكفيف بلمس أطفالهن، وتظهر طبيعة النبذ الاجتماعي جليه مـن رفـض المجتمع لهم بممارسة العمل إلا في حدود ضيقة للغاية ففي مصر تحـت حكـم الكهنـة قيل إنهاه عَيّنتهم في أعمال ولكن لم يرد ذكـر لنـوع هـذه الأعمـال وفي تـاريخ بـني إسرائيل هناك أمثلة عن مكفوفين أستخدموا في تدوير الطواحـين وفي بـلاد الصـين اختص المكفوفين بمعرفة البحث.

إن وفرة الأبحـاث والدراسـات لموضـوع مـن الموضوعـات، إنمـا تكـون ترجمـة للاهتمام الذي يبديه الناس نحوها، خصوصـاً إذا كـانت تتصـل اتصـالاً وثيقـاً بحيـاة المجتمع، فتكون تلك الأبحاث والدراسات محاولات لإيجاد الحلول التي تجنـب الجماعـة أو تنقذها من أزمة من الأزمات التي يتعرض لها، لذلـك يلاحـظ دائمـاً أن أخصـب فترات الإنتاج العلمي والفكري هي تلك التي تكثر فيها الأزمات الاجتماعية وتكثر

فيها المشكلات، فيثرى بها العلماء ويأخذون أنفسهم بدراستها ومحاولة إيجاد الحلول لها.

إن الاهتمام بالمكفوفين في مصر الذي يتجلى في مختلف أوجه النشاط التي تبذلها المؤسسات المسئولة عن المكفوفين لتأهيلهم وتدريبهم وهي مظاهر نشاط تماثل – إلى حد ما نظائرها في أغلب الدول، التي تشكو من ارتفاع نسبة المكفوفين فيها. ولعل من الجدير بالذكر أن نقول بأن مشكلة المكفوفين لم تكن تثير الناس كثيراً في المجتمعات القديمة أو أنها كانت أزمة من نوع خاص لجأت لحلها بطرق تتلاءم مع المثل الأخلاقية التي كانت تلتزم بها تلك الجماعات القديمة وهي طرق غير إنسانية. وفي مثل تلك المجتمعات، لا نعثر على دراسات خاصة بالمكفوفين، رغم أن المشكلة عن وجودهم كانت بنفس الشدة والحدة التي هي عليها الآن لذلك قد يكون من المفيد أن نستعرض وضع المكفوف في المجتمعات المختلفة من الناحية التاريخية لكي نفهم لماذا تخلو أثار الأقدمين من دراسات خاصة بالمكفوفين. ولقد وجدت المشكلات الخاصة بالمكفوفين بوجود أول إنسان كفيف عاش بين الجماعات الإنسانية الأولى وليس في وسع التاريخ أن يحدد متى بدأت هذه المشكلات، إذ أنها أقدم من بداية التاريخ نفسه الذي تعرفه وتستمد منه أخبار الجماعات والأمم القديمة وأوضاعها. ومع ذلك فإن التاريخ يحدثنا عن أنواع المعاملة التي كان يلقاها المكفوفون من ذويهم في الجماعات الأولى وهي أنواع متباينة تختلف باختلاف المثل الأخلاقية التي كانت تلتزم باتباعها تلك الجماعات فبعضها كان يعتبر الكفيف تجسيد للعنة الآلهة، ولذلك كان المكفوفون يلقون من تلك الجماعات ألواناً من الاضطهاد والإذلال قد يصل إلى حد القتل وبعض الجماعات كانت تعتبر المكفوفين أعضاء يضعفون من قوتها فيتخلصون منهم بطرق مختلفة قد يكون القتل من بينها، عملاً بالمبدأ الذي كانوا يؤمنون به وهو ضرورة الاستغناء عن كل عضو ضعيف في المجتمع. وفي جماعات أخرى كانت معاملة للمكفوفين تتسم بطابع إنساني إلا أنها سلبية تكتفي بتقديم العون المحدود ليستمر المكفوف في حياته، دون أن يبذل أي مجهود في سبيل تدريبه أو تعليمه بعض الأعمال التي تفيده وتجعله مستقلاً نسبياً في حياته عن عون

الجماعة وفي الصيف كان يدرب المكفوفين على حفـظ الحـوادث التاريخيـة وسـردها فكان المكفوفون بهذا أساتذة التاريخ ورواته، وتلامذتهم كانوا من المكفوفـين أيضـاً الذين يحفظون عنهم ويقومون بمهمة وراثيـة للأجيـال القادمـة ثـم يعلمـوه بعدهـم للمكفوفين الصغار وهكذا... ومن الطبيعي أن تداول التاريخ بهذه الطريقة يعرضـه لكثير من التحريف والخطأ ولقد دلت التجارب التي أجريت فعلاً على أن التقـارير الشفهية تفتقر إلى الكثير من الدقة، والصدق، ومن المألوف في مجتمعنا أن نرى أكـثر حفظة القرآن والمقرئين من المكفوفين وفي بداية الديانات السماوية تغـيرت معاملـة المجتمعات للمكفوفين، وأصبحت أكثر إنسانية، إلا أنها ظلت مع ذلـك فـترة طويلـة تتسم بالطابع السلبي ففي خلال العصور الوسطى كان المكفوفـين يوصفـون، بواقـع الرحمة والشفقة التي تدعو إليها المسيحية في ملاجـئ خاصـة، بحـث يطعمـون إلى أن يقضي الله أمراً كان مفعولاً قام "دوق بافاريا" بتأسيسي بيـت للمكفوفـين وفي عـام 1178م، قام فيه بمحاولة لتدريبهم في باريس أسس ملجأ لضم الذين أصيبوا بالعمى في الحروب الصليبية وفي غضون الخمسمائة سنة التي تلـت ذلـك أنشـئت في أكـثر عواصم أوروبا مؤسسات للعميان تحول، معظمها فيمـا بعـد إلى مـدارس لتعليمـهم وتدريبهم ولم تبدأ الدراسات الجدية الهادفة لمساعدة المكفوفين لتدريبهم علـى بعـض الأعمال وتمكنهم من إتقان بعض المهارات إلا في العصـــور المتأخرة وتمكينـهم مـن إتقان بعض المهارات أما بالنسبة للمكفوفين الذين اسـتطاعوا أن يكونـوا أنفسـهم من غير عون الجماعة فهؤلاء بلا ريب قد بذلوا مجهودات ضخمة بطولية ليكتسـبوا ما اكتسبوه وأصبحوا عن طريق هذه الجهود أفراداً في التاريخ. وهم على كل حال فئة قليلة اعتمدت على الجهود الفردية دون تدخل المجتمع ولكن في وسـعنا القـول بـأن أول محاولة خيرية لتدريس المكفوفين قـام بـها فـالنتين هـوي (valentin hauy) في باريس، إذا التقط طفلاً كفيفاً من الشارع كان يستجدي وأدخله في مدرسـة أسسـها هو نفسه وأطلق عليها اسمه في عام 1784م، وسرعان ما أصبح عـدد تلاميذهـا أثنـى عشر تلميذاً، قامت بدفع نفقاتها جمعية رعاية ضعاف البصر في باريس.

وقد استخدم "هوى" مجموعة من الأحرف البارزة التي يتمكن الكفيف أن يتلمسها بأصابعه ثم يقرأ، وفي عام 1791م افتتحت مدرسة أخرى على نفس النسق في لفربول ثم في اندبرة وفي بريستول في عام 1793م وفي لندن عام 1799م وفي أغلب العواصم الأوروبية قبل عام 1810.

وانتشرت الحركة في الولايات المتحدة ولم يمضي وقت طويل حتى قامت في أغلب الولايات مؤسسات لرعاية المكفوفين، وبانتشار هذه المؤسسات بدأت الدراسات العلمية التي تعتمد على التجارب في أغلب الأحيان بقصد مساعدة هذه المؤسسات للقيام بمهمتها في رعاية المكفوفين وتدريبهم، ولقد ساهمت تلك الدراسات بالفعل في تقديم العون، وطبعت مئات الكتب والمؤلفات التي تبحث في أحوال المكفوفين وأصول تدريبهم ومما هو جدير بالذكر أن بعض المكفوفين كان لهم فضل كبير في هذه الدراسات التي وضحت كثيراً من الجوانب الغامضة عند الناس فيما يتعلق بالحياة النفسية للكفيف واستخدمت في أغلب تلك الدراسات الوسائل التجريبية ووصلت إلى نتائج قياسية وأعدت بعض الاختيارات التي وضعت أصلاً لتطبق على المبصرين، لتصبح، صالحة التطبيق على المكفوفين منها اختبار الذكاء (بينيه سمون) الذي عدله "روبرت ايرون" عام 1923م وأصبح صالحاً لقياس ذكاء المكفوفين.

وعقدت المؤتمرات فيما يتعلق بالدراسات الحديثة خاصة بالمكفوفين، حتى أصبح من الممكن أن يقل أن الدراسات النفسية التي أجراها العلماء على المكفوفين شاملة وتعالج شتى النواحي النفسية والتربوية لهم.

- في مطلع عصر النهضة -

صدر في إنجلترا عام 1601م قانون اليزابيث للفقراء، ولقد كان المكفوفون يعتبرون في هذا القانون من الفقراء، هذا إلى جانب المنح التي كانت تمنح لهم من الآخرين – فقد كان الإحسان فقط هو وسيلة لتكيف الكفيف في هذه الفترة أما في فرنسا فقد أتيحت لهم حرية البحث عن الطعام في الطرقات واستثارة الناس بشتى الوسائل والأدوات في مطلع القرن الثالث عشر أصدر الملك لويس ملجأ الثلاثمائة

لإيواء ثلاثمائة كفيف ثم ظهر شيء جديد هي زيادة المكفوفين مع العناية الطبيعية بهم - وفي عام 1670م أنشأ لويس الرابع عشر عدة مؤسسات لإيواء المكفوفين وكانت الخدمات التي تقدم لهم تهدف إلى رفع معنوية للمكفوفين ومحاولتهم للتكيف والتوافق مع البيئة.

- القرن السابع عشر والثامن عشر

بدأت في هذه الفترة نظرة المجتمع إلى المكفوفين تتقرر فقد ذهب فولتير إلى أنهم يستطيعون العمل الشريف إذا أتيحت لهم فرص التأهيل والتدريب المهني السليم ولكن ثمة حركة جديدة أخذت مع القرن 18 بشق طريقها إلى الحياة فقد أثرت الثورة الفرنسية على الإنسان ومكانته في المجتمع - ولقد كان فالتين هوى "v. Hauy" أول من عكف على مشكلة العميان بفرنسا واقترح إقامة مؤسسات لتعليمهم بعض المهن اليدوية البسيطة - إلا أن دوافع تربية المكفوفين اختلف في كل من فرنسا وإنجلترا وأمريكا حسب فلسفة كل دولة يجب أوضاعها الاقتصادية وهكذا تغيرت نظرة المجتمع إلى المكفوفين من الاتجاه الإحساني إلى الاتجاه الإنساني إلى الاتجاه الاقتصادي وفي مطلع القرن (19). أصبح تعليم المكفوفين إلزاميا وظهرت طريقة لويس برايل وطريقة مون - وهما طريقتان للكتابة البارزة أما بالنسبة لتعلم المكفوفين الراشدين، فقد أعد نظام التعلم بالمنازل، وابتدعت اليزابيث جيليزت هذا النظام ودعمته بوسائل تربوية متعددة وفي هذا القرن وضعت مشكلات المكفوفين موضع الاعتبار والتقدير فقد سمح لهم بالتجمع في جمعيات ونقابات تنادي بمطالبهم وتعبر عن احتياجاتهم ومشاكلهم - واستطاع الكثير من العميان المثقفين أن يمارسوا أعمالاً جيدة بينما فقد عملوا الأميين في ممارسة بعض المهن اليدوية البسيطة.

مطلع القرن العشرين

في هذا القرن بدأت الصيحات تصل في كل مكان منادية بضرورة اضطلاع الدولة نحو المكفوفين - ففي إنجلترا قامت اللجنة الأهلية للعميان بحملة دعائية يؤيدها حزب العمل وفي عام 1920م صدر قانون للمكفوفين يضمن لهم مستوى

معيشي آمن – ومن ثم أصبح عمل الجمعيات الخيرية وهيئات الإحسان الأهلية تقدم المساعدات لهم.

ويمكننا تصنيف المؤسسات التعليمية لإعداد المكفوفين إلى نوعين:

أ- مؤسسات تابعة للدولة.

ب- مؤسسات الجمعيات الخيرية.

هدف هذه المؤسسات تدريبهم على الآليات الخاصة بالعمي والتدريب على ما يتصل بالنظافة اليومية والعناية بأدواتهم الشخصية.

ففي إنجلترا – مثلاً – اضطلع بيرسون (pearsn) وهو كفيف ورئيس المعهد الأهلي للمكفوفين بضرورة تأهيل المكفوفين وتقديم الخدمات التربوية المهنية اللازمة لهم – كذلك تبرع أوتوكاهن (o. kahn) في أمريكا سانت دنسانتر (Saint Dunstars) – بمؤسسة لإيواء عدد من المكفوفين وإعدادهم مهنياً.

وقد مرت عملية تأهيل المكفوفين بخمس خطوات:

- **الأولى** - العلاج الجسمي بالآلات والوسائل الطبية.
- **الثانية** - العلاج النفسي لرفع معنوياتهم.
- **الثالثة** - التوجيه المهني – التعرف على مدى احتمال نجاحهم في مهنهم بالذات.
- **الرابعة** - التوجيه التعلمي.

وكانت وسائل ذلك هي تعويده على جو العمل وتمكنه من تفهم الجوانب النظرية لمهنة والتعلم اليدوي بطريقة منهجية وإعادة تمكنه بطريقة أكثر ملاءمة وتوافقاً.

- **الخامسة** - التشغيل في الميدان.

وقد كان الاتجاه يتجه إلى حصر القدرات المختلفة اللازمة التي تصلح للمكفوفين في المؤسسات والشركات التي تعدهم للمواطنة والحياة.

وهكذا يتضح لنا أن المجتمع عامل المكفوفين بثلاث طرق متباينة:

- **الأولى** - عبء ومسؤولية على المجتمع.
- **الثانية** - قُصّر تحت وصايته .
- **الثالثة** - أعضاء عاملين.

ونتيجة لقيام المنشآت التعليمية في أوائل الحقبة الثالثة من التاريخ أمكن اندماج المكفوفين في المجتمع إذا ازداد قبولهم في المدارس العامة وفي الصناعات ومختلف المهن وكذلك في نواحي النشاط الاجتماعي بمجتمعاتهم مما يثبت الاتجاه نحو هذا الاندماج بالرغم أنه كان ما زال بعيداً عن الهدف المرجو فما زال الشعور الفردي نحو المكفوفين ونحو النظام الاجتماعي لخدمتهم متأثرة بفكر المسؤولية والغيرة والقصور؛ فإذا كان هذا التفسير كما يبدو لنا في الوقت الحاضر مقبولاً يكون قد تسنى لنا تحديد هدف للجهود والبرامج التي توضع لتأهيل العميان وفي ذلك تباين للمقاييس المرغوبة وغير المرغوبة عند مرحلة التنفيذ فالبرامج التي تستهدف تأهيل العميان وبث روح الاستقلال فيهم بواسطة تنمية وتقوية المهارات والكفاءات التي تساعدهم على احتلال أماكنهم الصحيحة في المجتمع. تلك البرامج تعتبر مرغوبة فهي تعود بأقصى فائدة عليهم ولكن يختفي تحت هذه الظواهر الثقافية والاجتماعية شعور فردي نحو المكفوفين يهدد في ثنايه التغيرات الظاهرة للأفراد أو يؤثر بطريقة لا شعورية على تصرفاتهم - فالخوف والشعور بالذنب - والإشفاق والحسنة كل هذه مشاعر تولد ضغطاً يعمل ضد المكفوفين - يعتبر الكثيرون أن فقدان النظر أسوء شيء يصيب الإنسان بعد الموت مباشرة حيث أن الدور الذي يؤديه النظر في حياة الإنسان أسمى مما يؤديه أي من الحواس الأخرى ويؤيد هذا الاتجاه الظروف التاريخية التي صورت العميان في القصص الخرافية كشحاذين لا حول لهم ولا قوة وأظهرتهم كجماعة سلبت من كل الحقوق والواجبات تعيش على حسنات الآخرين - بينما تعطي البيانات السابقة صورة عن الشعور العام نحو العميان فقد تمكنت الأبحاث من الوصول إلى حقائق علمية عند اتجاه الآباء نحو أطفالهم المصابين بالعمى تتلخص في القبول وإنكار وجود أي أثر

اتجاه الآباء نحو أطفالهم المصابين بالعمى تتلخص في القبـول وإنكـار وجـود أي أثـر للعمي على الطفل والتدليل والرعاية الزائلة والنبذ الظاهر.

تاريخ تربية الطفل الكفيف في مصر

بدأت أولى محاولات رعاية الطفل الكفيف في مصر سنة 1909 حيث تعهدت بعض الجمعيات الأهلية والخيرية برعاية الإشراف عليهم وحمايتهم في المجتمع - وفي عام 1934 بدأت الدولة تتدخل للإشراف على هؤلاء الأطفـال، وتكونـت جمعيـات أهلية لرعاية العميان - وأنشئ معهد رسمـي للمكفوفـين سـنة 1934 (وهـو معـهد النور)، وأنشئ بعد ذلك مركزاً للتدريـب المـهني ... وقـد اهتمـت اليونسـكو بـهذه المراكز وأشرفت وأسهمت في تقدمها .

واقع خدمات المعوقين بصرياً في الأردن والوطن العربي

شهدت التربية الخاصة في الأردن تطوراً هائلاً وكبيراً خاصة في العشرين سـنة الماضية وتحديداً بعد إعلان الأمم المتحدة عام 1981 عاماً دولياً للمعـاقين ومـا انبثـق عنه من توصيات مهمة تسهم في العمل لرفع مكانة المعوقين حتـى أصبحـت الأردن في طليعة الدول العربية، ذلك عما أبدته من اهتمام خاص وملموس في إبراز قضية الإعاقة كـإحدى القضايـا الاجتماعيـة الـتي تتطلـب عمـل الـبرامج وإعـادة صياغـة التوجيهات ورسم السياسات بما يتلاءم مع تقديم أفضل البرامج والخدمات التربوية والتدريسية والإرشادية والرعاية المؤسسية للأفراد المعوقين كافة وفق قدراتهم ميولهم وفي ضوء ما يتوافر من إمكانيات لاستيعاب الممكن منهم وجعلـهم أعضـاء فـاعلين متفاعلين ومنتجين في المجتمع الذي يعيشون فيه وفقاً لنظرة متساوية ومتعادلة ورؤيـة واضحة نحو بناء الإنسان ومع شح الموارد والعبء الكبير الذي تتحمله الدولة ومـا يرتبط منه بفئات التربية الخاصة وارتفاع كلفة العمل معهم مالها عملت جاهدة مـن خلال مؤسسـات رسميّـة وتطوعيـة بـإيلاء موضـوع الإعاقـة والمعوقـين كـل العنايـة والاهتمام فبدءاً من الثلاثينات شهدت الأردن اهتماماً بالمعوقين حيـث أسسـت أول مدرسة للمكفوفين في رام الله عام 1939/ 1938 سميت بالمدرسة العلائية الـتي تعنـى بشؤون المكفوفين وقد قامت هذه المدرسة بتنظيم وحـدة صغـيرة لطباعـة بـريل وفي

عام 1945 وبتوزيع النشرات على مستوى ضيّق نسبياً وفي عام 1963 تأسست الجمعية الوطنية للمعوقين بصرياً في مدينة القدس وقامت بتأسيس أول مكتبة بيريل بعد ذلك عام 969م تم افتتاح مدرسة النور للمكفوفين والتي تقدم تربوية فرصاً وتعليمية للمكفوفين بالقسمين الداخلي والخارجي وبطاقة استيعابية بما يزيد عن (90) طالباً وطالبة.

ومن أهداف المدرسة:

1- تعليم الطلبة المكفوفين من الجنسين حسب قوانين وزارة التربية والتعليم بحيث يتم إعدادهم أكاديمياً وتربوياً (حتى الصف السادس) ومن ثم يتم انتقالهم بعد هذه المرحلة إلى المدارس العادية.

2- توفير الكتب المنهجية للطلبة المكفوفين بطريقة بريل لصوف المرحلة الأساسية من الأول حتى التاسع في الوقت المناسب بالإضافة إلى تقديم خدماتها في هذا المجال للمعلمين المكفوفين في مدارس التربية.

3- الاهتمام بتعلم الطلبة المكفوفين بطريقة بريل قراءة وكتابة باللغتين العربية والإنجليزية كمبدأ أساسي لتأهيل المكفوفين تربوياً.

4- غرس العادات السليمة لدى الطلبة المكفوفين عن طريق ممارسة الأنشطة الهادفة بهدف تنمية مفهوم الاعتماد على الذات.

5- الانفتاح على الجمعيات المحلية وتوثيق الصلات مع المؤسسات العلمية والأهالي وتقديم الخدمات والبرامج المناسبة لهم.

خدمات ونشاطات وفعاليات المدرسة:

واستناداً إلى تلك الأهداف فإن المدرسة عملت وتعمل على توفير البرامج والخدمات التالية:

1- خدمات تعليمية أكاديمية وفق مناهج وزارة التربية والتعليم بطريقة برايل.

2- خدمات وبرامج الرعاية المؤسسية الداخلية المساندة.

3- تأمين وتوفر المناهج المدرسية بطريقة بريل.

4- توفير فرص التدريب الميداني لطلبة الجامعات وكليات المجتمع المتخصصة.

5- توفير برامج لا منهجية رياضية ومهنية وموسيقية لتنمية المهارات الحسية والحركية الضرورية بالإضافة إلى إقامة الاحتفالات الوطنية والدينية والاجتماعية.

6- تنظيم دورات متخصصة ذات صلة بالمكفوفين كدورات تعليم طريقة بريل، لذوي المكفوفين.

أما المركز السعودي لتدريب الكفيفات في الأردن والذي تأسس عام 1974م من خلال المكتب الإقليمي لشؤون المكفوفين في الشرق الأوسط فهو يركز على التدريب المهني ولكنه يقدم خدمات أخرى وبرامج إضافية منها تعليم بريل والتدرب على المهارات الحياتية اليومية والمهارات الاجتماعية والتدريس على فنيات التعرف والتنقل وتعليم الموسيقى والتربية الرياضية، ويقدم هذا المركز حالياً خدماته لحوالي (60) طالبة مكفوفة ممن تتراوح أعمارهن بين (15-35) سنة.

وفي عام 1977م تأسست جمعية الصداقة للمكفوفين ومنذ البداية سعت الجمعية إلى تذليل العقبات التي يواجهها المكفوفين في المدرسة والمجتمع، ومن الإنجازات الهامة لهذه الجمعية في السنوات الماضية مساعدة مئات المكفوفين في مجالات العمل والسكن والدراسة الثانوية الجامعية.

وأما المدرسة الإسلامية للكفيفات فقد تأسست عام 1982 وهذه المدرسة تقدم خدمات داخلية للبنات الكفيفات وفي عام 1994م تم تأسيس روضة الضياء للأطفال المعوقين بصرياً وفي عام 1996 تم تأسيس جمعية الضياء الخيرية وروضة الضياء هي أول برنامج للتدخل المبكر الهادف والمنظم للأطفال المعوقين بصرياً في الأردن وهي تخدم (35) طفلاً تقل أعمارهم عن (6) سنوات وفقاً لفلسفة التعليم النهاري الخاص، أما جمعية الضياء الخيرية فهي تهدف إلى تنفيذ برامج التدخل المبكر والتأهيل المهني للأشخاص المعوقين بصرياً. كذلك هناك جمعية الكفيفات الأردنية حيث أن من أهدافها تقديم الخدمات التربوية والتعليمية والثقافية والإعلامية الخاصة بالإعاقة البصرية من خلال تأسيس مدارس ورياض أطفال وإصدار كتب

ومجالات كذلك تلبية احتياجات الكفيفات الاجتماعية والاقتصادية كتوفير فرص العمل لهن لتحسين وضعهن مادياً ومعنوياً ورفع المستوى المادي والمعنوي للكفيفات ومن نشاطاتها إنشاء مدرسة (الفجر الجديد) للكفيفات حيث تم تأسيسها في أيلول في عام 1998م في عمان حيث تقدم البرامج التربوية والتعليمية لطالبات الكفيفات في القسمين الداخلي والخارجي. وكذلك تقدم خدمات وبرامج الرعاية المؤسسية السائدة للطالبات القسم الداخلي حيث أن الطاقة الاستيعابية للمدرسة في القسم الداخلي تصدر (30) طالباً.

المؤسسات التربوية في الوطن العربي:

المؤسسات التربوية للمكفوفين في مصر وأهم المؤسسات والجمعيات:

1- المراكز النموذجية لرعاية وتوجيه المكفوفين بالزبون الذي أنشئ عام 1953م بالتعاون مع هيئة الأمم المتحدة ممثلة في مكتب العمل الدولي بجنيف وبين الحكومة المصرية ممثلة في وزارة الشؤون الاجتماعية وهو يعتبر مركزاً إقليمياً يقدم الخدمات المختلفة للمكفوفين في مصر والبلاد العربية ويشمل المركز مدارس التعليم المكفوفين تشرف عليها وزارة التربية والتعليم ويعلم الكفيفات التربية المنزلية ومبادئ الكتابة والقراءة بطريقة بريل وهناك وقسم آخر للتأهيل المهني على الصناعات التي تتناسب وقدرات المكفوفين ويقدم المركز للخدمات تأهيلية للكفيف مثل الرعاية النفسية والطبية والاجتماعية.

2- جمعية النور والأمل بمصر الجديدة التي تأسست عام 1953 لتأهيل الكفيفات على بعض الحرف المهنية البسيطة بالإضافة إلى مدرسة ابتدائية ملحقة بها وقسمين للإعدادي والثانوي.

3- معهد الكفيفات المسلمات بالقاهرة.

4- مؤسسة السيدة نفيسة لفاقدي البصر.

5- جمعية الكرامة القبطية.

6- جماعة العجز للمكفوفين بالإسكندرية.

7- معهد الإسكندرية الخيري لفاقدي البصر بالإسكندرية.

8- مؤسسة المكفوفين بالإسكندرية.

المؤسسات التربوية في المملكة العربية السعودية وأهم المؤسسات:

1- **معهد النور بالرياض:** تأسس عام 1380هـ ويتلقى الطلاب التعليم الأساسي والمتوسط والثانوي كما يتم تدريبهم على أشغال الخيزران والبلاستيك وأدوات النظافة والسجاد كما تقدم لهم برامج ثقافية ورياضية وترويحية.

2- **معهد النور للكفيفات بالرياض:** تأسس عام 1384هـ تتلقى الطالبات التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي ويتم تدريبهن على الخياطة والنسيج والسجاد والبسط والصناعات الغذائية وتقدم لهن برامج ثقافية واجتماعية ورحلات ترويحية.

3- **معهد النور للمكفوفين بالإحساء:** تأسس عام 1383هـ ويتلقى الطلاب التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي كما يتم تدريبهم على الجلد الخيزران والبلاستيك. ويقدم لهم برامج ثقافية ورياضية وترويحية.

4- **معهد النور للكفيفات بالإحساء:** تأسس عام 1399هـ وتتلقى الطالبة التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي ويتم تدريبهن على أشغال التريكو اليدوي والآلي والسجاد والبسط والصناعات الغذائية ويمارسن النشاطات الاجتماعية والثقافية.

5- **معهد النور بالقطيف:** تأسس عام 138هـ ويتلقى الطلاب التعليم الابتدائي ويتم تدريبهم على أشغل الخيزران والبلاستيك وأدوات النظافة ويمارسون النشاط الاجتماعي والثقافي.

6- **معهد النور ببريده:** تأسيس عام 1388هـ يقدم خدمات للذكور حيث يتلقى الطلاب التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي كما يتم تدريبهم على أعمال الخيزران والبلاستيك وأدوات النظافة والسجاد كما وتقدم لهم البرامج ثقافية

ورياضية ويقومون برحلات ترويحية .

7- **معهد النور بمكة المكرمة:** تأسس عام 1182هـ ويتلقى الطلاب التعليم الأساسي والمتوسط والثانوي ويتم تدريبهم على أعمال القش والخيزران والبلاستيك وأدوات النظافة ويمارسون برامج ثقافية ورياضية واجتماعية.

8- **معهد النور بالمدينة المنورة:** تأسس عام 1387هـ يتلقى الطلاب التعليم الابتدائي والمتوسط والثانوي ويتم تدريبهم على أعمال القش والخيزران والبلاستيك وأدوات النظافة كما يمارسون نشاطات ثقافية واجتماعية ورياضية ويقيمون المعسكرات والمعارض ويصدر مجلة سنوية.

المؤسسات التربوية للإعاقة البصرية في سوريا:

1- أسست المؤسسة النموذجية لتأهيل المكفوفين بدمشق عام 1955م وقد بدأت نشاطاتها بشكل جمعية خيرية أشرف عليها إنسان كفيف ، وقام بإنشاء الجمعية بمجهود شخصي لرعاية المكفوفين لحمايتهم من التسول والتشرد ويدعم مؤسس الجمعية بجلب المكفوفين من خلال المعرفة الشخصية للحالة الاجتماعية للمكفوفين أو من التعرف عليها عن طريقة أقاربه ومعارفه وأصدقائه وبقيت الجهود فردية حتى عام 1965م حيث قامت وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل بمناقشة ضم الجمعية إليها، وتم ذلك وتحولت إلى مؤسسة نموذجية لتأهيل المكفوفين ثم أصبح هناك فروع لهذه المؤسسة النموذجية في حلب وحمص، وحماه، ودير الزور، والحسكة، والرقة والقامشلي، واللاذقية، وطرطوس، وادلب، ودرعا، والسويداء، والقنطرة.

وتتعهد المؤسسة رعاية جميع المنتسبين إليها منذ سن الخامسة وحتى تخرجهم في نهاية المرحلة الإعدادية ويقوم بتدريس هؤلاء الطلاب بعض المدرسات المنتدبات من وزارة التربية والتعليم ومدرسات أخريات مكفوفات تخرجن من المؤسسة نفسها وتابعن تعليمهن الجامعي وعدن للتدريس في المؤسسة.

أما المناهج التعليمية المتبعة في المؤسسة فهي المناهج المقررة في مدارس المبصرين نفسها ابتداء من الصف الأول الأساسي وحتى التاسع الأساسي مع

مراعاة وضعها بصورة ملائمة بطبيعة المكفوف، وبالنسبة لوسائل التعليم المتواجدة في المؤسسة فتعمل بطريقة (بريل) اليدوية والآلية وطريقة (تيلر) لتعليم الرياضيات، كما يستعان ببعض الوسائل البارزة كالخرائط الجغرافية البارزة وتحتوي مكتبة المؤسسة العديد من الكتب المتنوعة والمجلات بعضها يخص المبصرين والبعض الآخر مكتوب بطريقة (بريل) للمكفوفين، وتشرف على المكتبة إحدى المكفوفات التي تتلقى تعليمها في المؤسسة حتى المرحلة الإعدادية وبالنسبة للمطبعة الموجودة في المؤسسة فهناك آلة طباعة ونسخ مصممة حسب طريقة (بريل) تستعمل في طبع بعض الكتب أو المطبوعات القليلة التي تخص المؤسسة.

المؤسسات التربوية في البحرين:

تم افتتاح مشغل خاص لفتيات الخياطة والتفصيل حتى أدخل على البرامج خياطة فساتين الأطفال والبنطلونات والمرايل وقد التحق بهذا القسم فتيان معوقون من ضمنهن كفيفات، بحيث تقوم مدربات بتدريب الفتيات على أعمال الخياطة والتطريز والمحارم وعمل السلال، وباقات الورد والزهور، وطريقة التحدث بالهاتف العادي والأوتوماتيكي.

المؤسسات التربوية للكفيفات في الإمارات العربية المتحدة:

يوجد في الإمارات العربية المتحدة مركزان لرعاية وتأهيل المعوقين الأول في أبو ظبي والثاني في دبي، بالإضافة إلى مدرسة خاصة الرعاية وتدريب المعاقين في مدينة دبي. وضمت هذه المراكز توجد أقسام خاصة لتأهيل الفتيات المعاقات ومن ضمنها الإعاقة البصرية.

ويتم تدريب الكفيفات على الخياطة والتطريز والحياكة وأعمال يدوية أخرى، ويوفر المركز الرعاية الصحية الاجتماعية والتأهيل التربوي.

المؤسسات التربوية للإعاقة البصرية في اليمن :

تم إنشاء مركز النور لرعاية وتأهيل المكفوفين بصنعاء عام 1967م ويضم المركز المكفوفين الذكور فقط.

ويعلمهم بعض المهارات والحرف التي تتناسب مع قدراتهم الجسمية وذلك لكسب عيشهم، ومن أهم الصناعات التي تمارس هنالك صناعة الخيزران بأنواعه التجليد وأعمل النسيج.

المؤسسات التربوية للإعاقة البصرية في لبنان

يوجد في لبنان 3 مؤسسات أهلية للمكفوفين هي:

أ- **المدرسة الإنجيلية للمكفوفين:** وأسست عام 1889م أما أهم نشاطاتها فتقصر على التعليم للمرحلة الثانوية فقط والتدريب على المقسم الهاتفي.

ب- **المدرسة اللبنانية:** أسس عام 1957م وتضم الصفوف الابتدائية والمتوسطة والثانوية وأقسام مهنة والسكرتارية.

ج- **مؤسسة الهدى:** تأسس عام 1977م بقسمها الداخلي والخارجي وهي مختلطة وسن القبول فيها 3-25 سنة وتشمل المدرسة القسم التعليمي وقسم التأهيل المهني للبنات وتدرب الكفيف على الحياكة والقش والخيزران.

أما عن مجالات العمل للمكفوفين في لبنان فهي:

1- العمل على المقسم الهاتفي.

2- العمل على تحميض الأفلام.

3- التدليك.

4- التعلم في مؤسسات المكفوفين.

5- الترجمة.

6- التعليب.

المكفوفين في سلطنة عمان:

معظم الخدمات التي تقدم للمكفوفين في سلطنة عمان هي خدمات القطاع الخاص وبجهود تطوعية ويوجد في عمان مراكز الوفاء التي تقدم خدمات للمعوقين.

ومن أهم ما يميز مراكز الوفاء الخصائص التالية:

1- أنها منتشرة في مناطق نائية بعيدة عن أماكن الخدمات المركزية.

2- أنها محتضنة ومدعومة من متطوعات من المناطق المتواجدة فيها.

3- أنها تحظى بدعم كبير من وزارة الشؤون الاجتماعية والعمل سواء من حيث الإدارة والتنظيم أو الإشراف.

4- أنها تحرص على توفير الفرص الكافية للكفيفات للاستفادة من الدورات التدريبية داخل السلطنة وخارجها.

5- أنها تقبل جميع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والأطفال المعاقين بصرياً ممن هم في مرحلة ما قبل المدرسة.

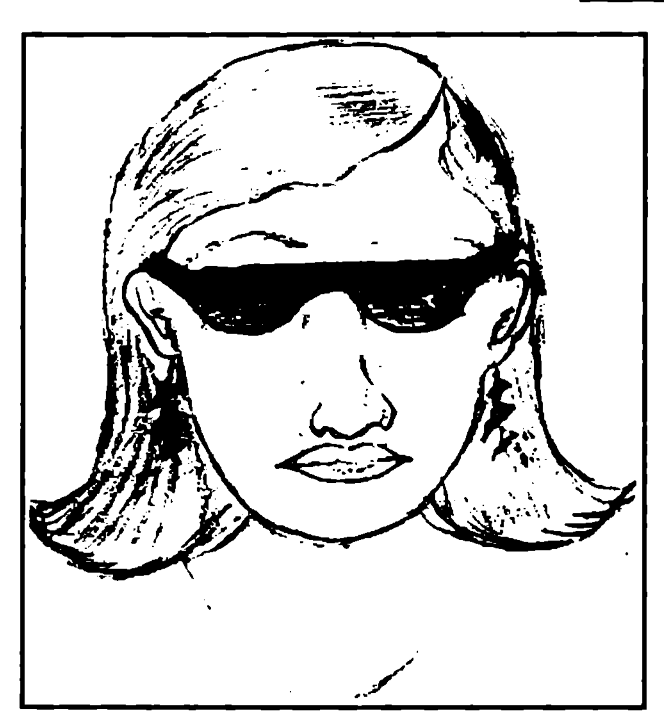
وفيما يتعلق بدور الجمعيات المحلية ومدى مساهمتها في تلبية الاحتياجات الخاصة فإن جمعية المرأة العمانية تقوم بدور مميز وتقدم خدمات مناسبة للمعاقين في مرحلة الروضة ويجري العمل حالياً على توسيع مبنى الجمعية لتتسع لعدد أكبر من المعاقين الصغار في السن وخاصة ذوي الإعاقة الحركية والسمعية وعلى أي حال فليس لدى الجمعية رؤية واضحة حول طبيعة الخدمات التي يحتاجها الأطفال المعاقون الصغار في السن، ولعل السبب الرئيسي وراء ذلك هو أن من يعلمون مع هذه الفئات من الأطفال ليس لديهم مؤهلات عملية وخبرات عملية في مجال التربية الخاصة.

10

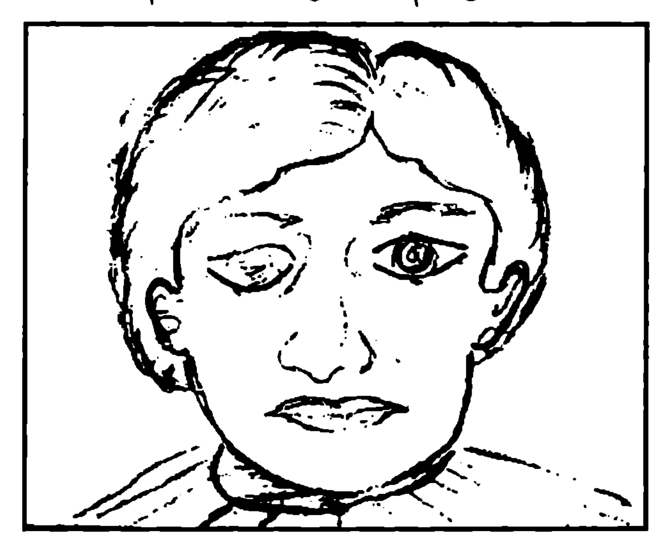
الوحدة العاشرة

صور لوسائل معينة لتأهيل المعوقين بصرياً

- صور عن الإعاقات البصرية.
- صور من الوسائل المعينة بالإعاقات البصرية.



شكل رقم (1) يمثل الكفيف التام



شكل رقم (2) يمثل كفيف بشكل جزئي



الشكل رقم (3) يمثل الحول



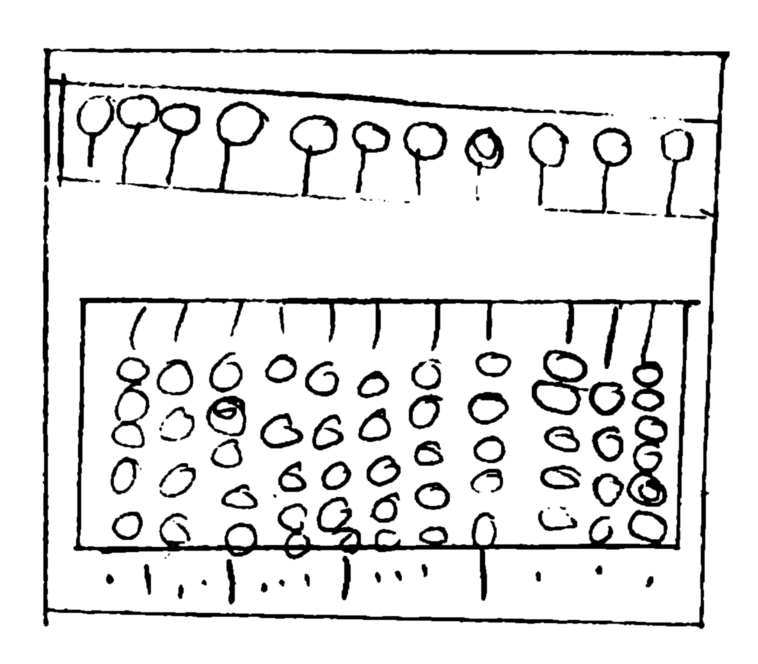
شكل رقم (4) يمثل متدلي الجفن



شكل رقم (5) كفيفة تقرأ بواسطة بريل



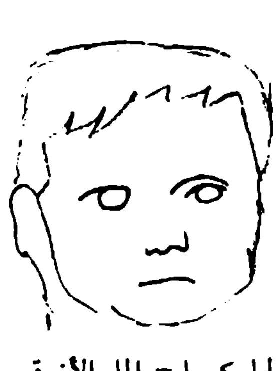
لويس بريل



العداد الحسابي كوسيلة لتعليم المكفوفين



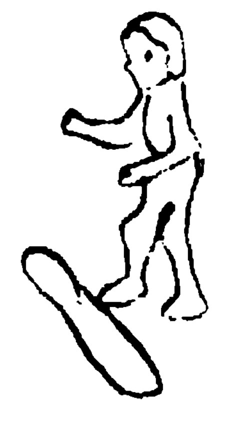
جحوظ العين



الجلوكوما - الملء الأزرق



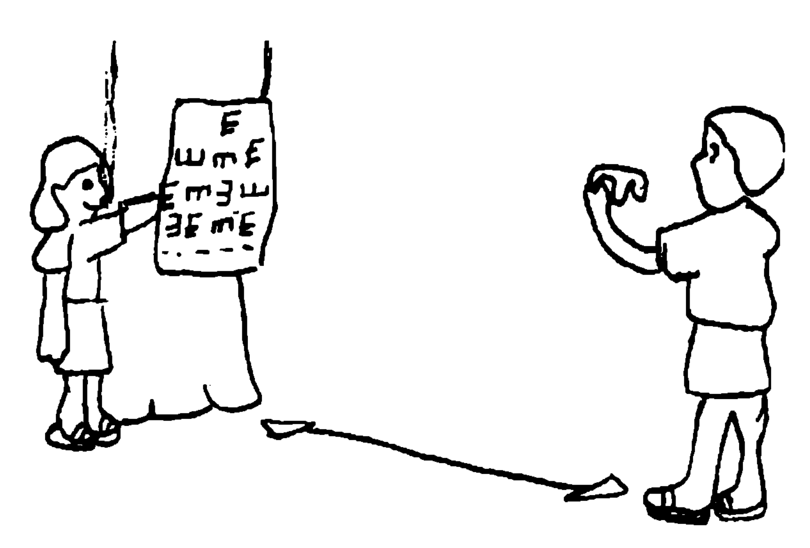
الرؤية بالقدم



التحسس بالقدم



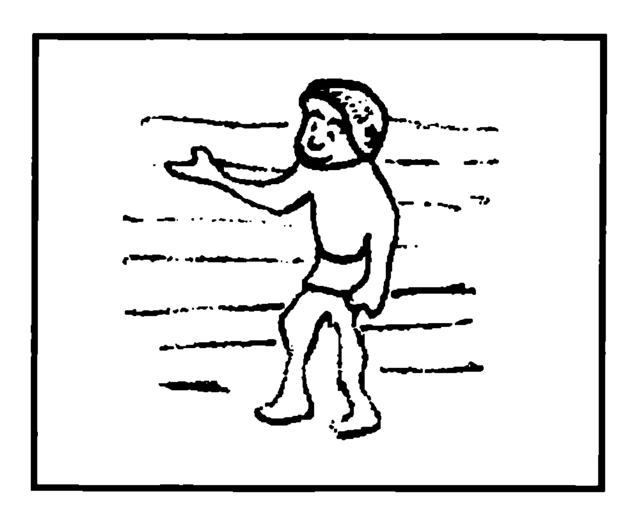
تعليم الكفيف الطباعة



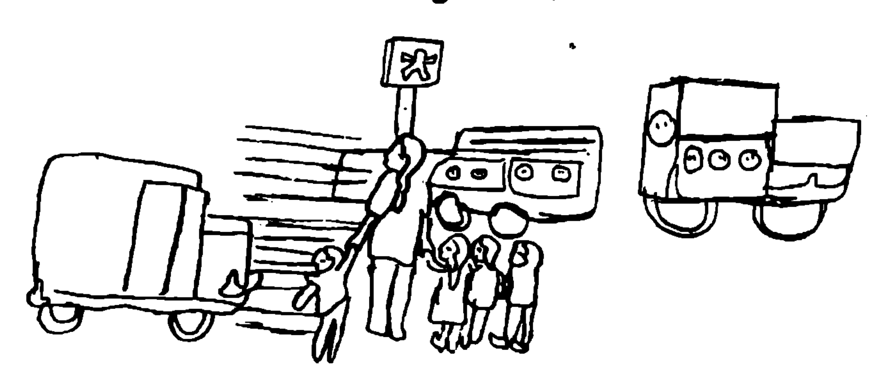
قياس فحص النظر



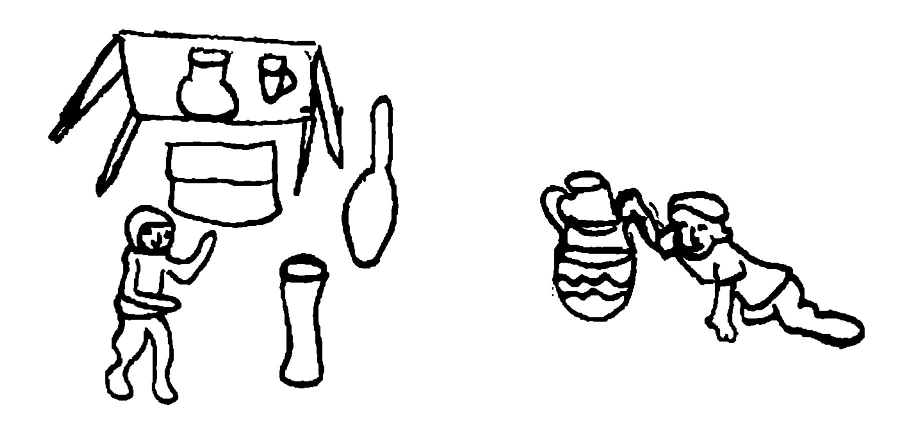
استعمل العصا من قبل الكفيف



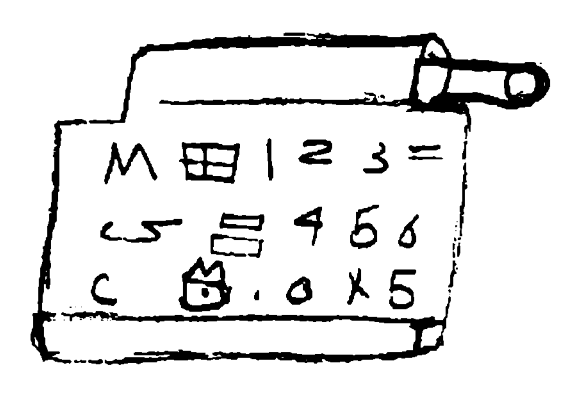
كفيف يتلمس الأشياء بيده



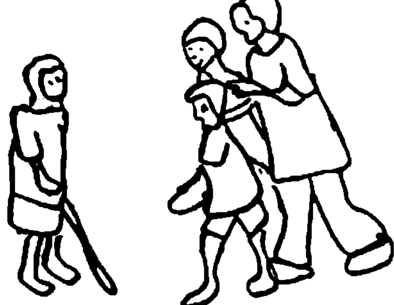
تعليم الطفل التعامل مع المرور وعبور الطريق



مساعدة الطفل الكفيف على تعلم التنقل



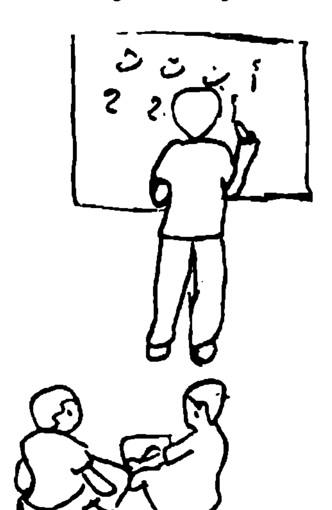
وسيلة تعلم الكفيف بالحاسب الناطق

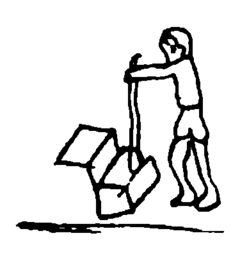




تعليم الكفيف المشي بالمساعدة

كفيفون يتفاعلون اجتماعياً



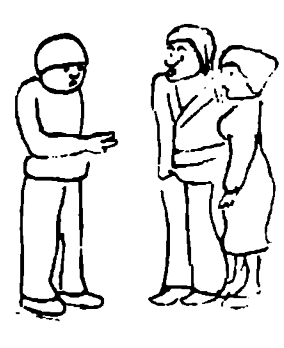


تحسس الكفيف الأشياء بالعصا

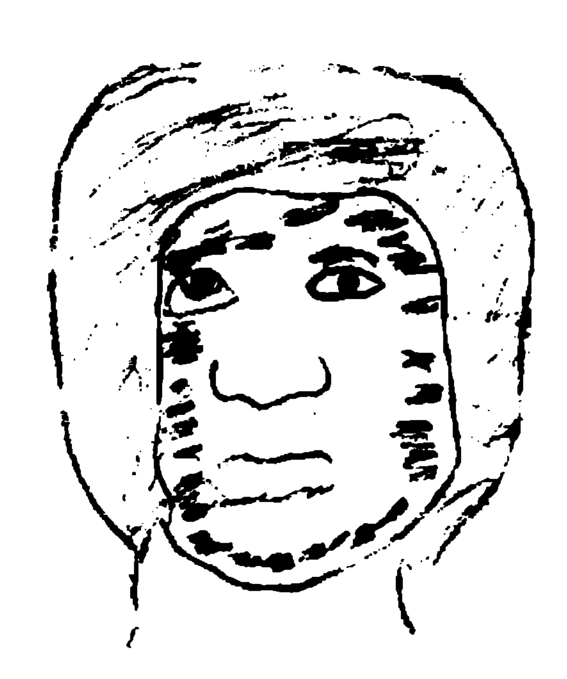
التعلم بالحروف المكبرة



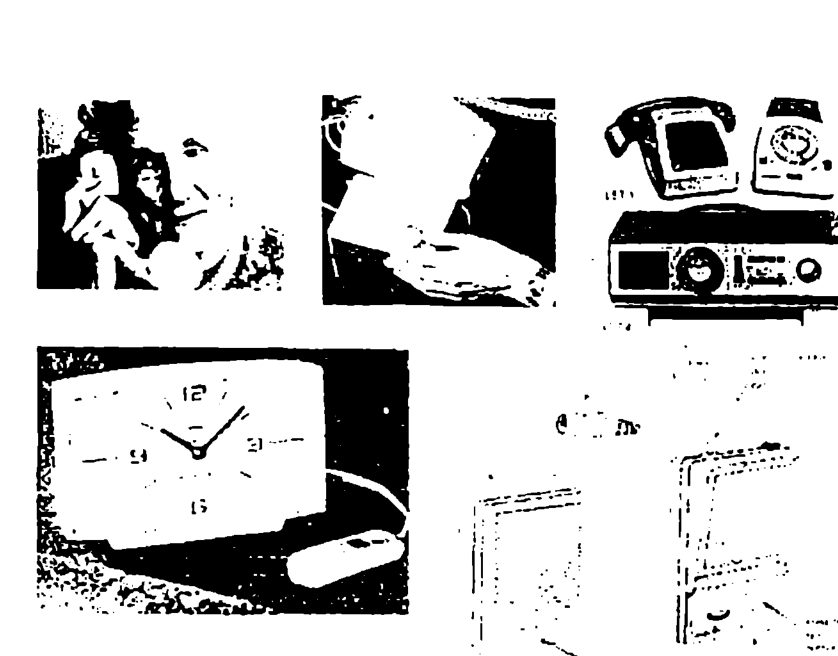
معاق في حالة نوبة



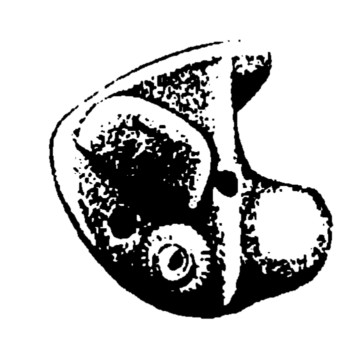
التفاعل الاجتماعي



حالة تمثل الجذام

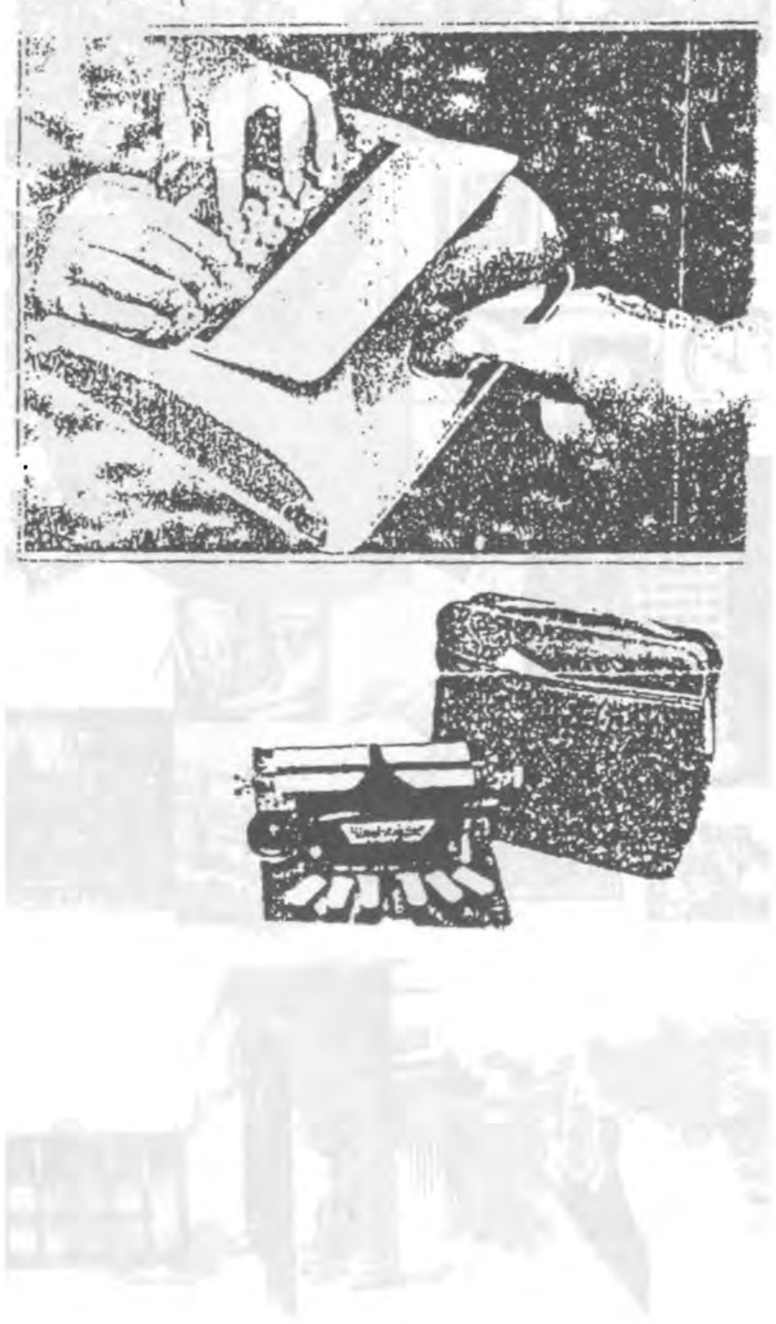


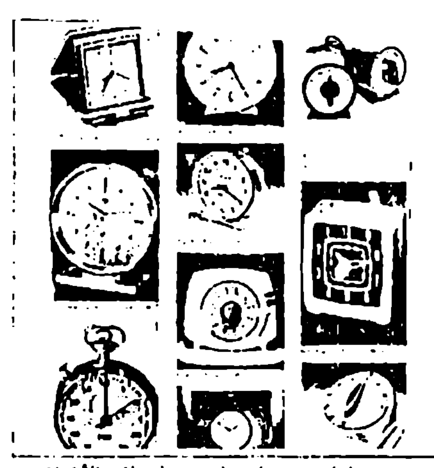
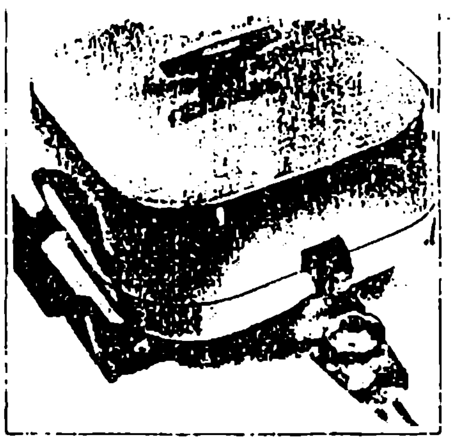
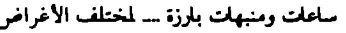




الوسائل التعليمية المناسبة للكفيف:

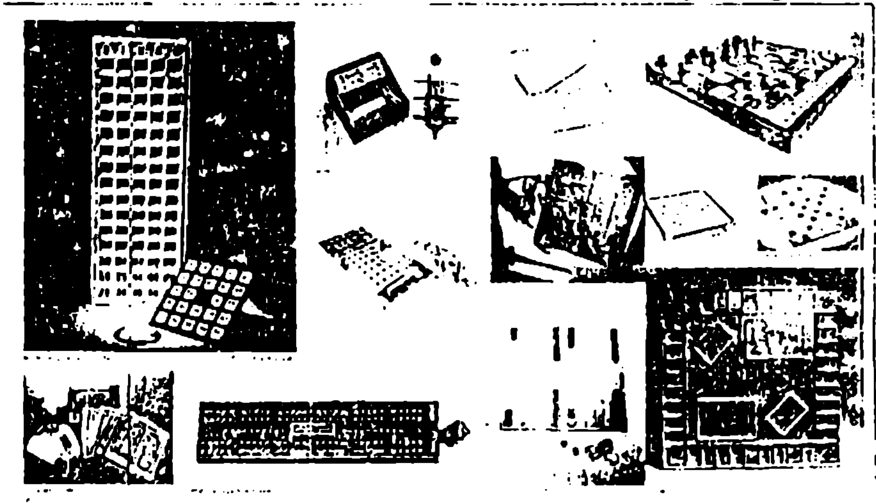
التعليم ، الترفيه ، الألعاب ، صممت خصيصاً لتلائم ظروف المعاقين



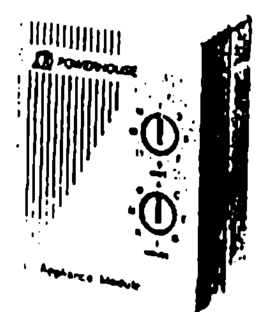




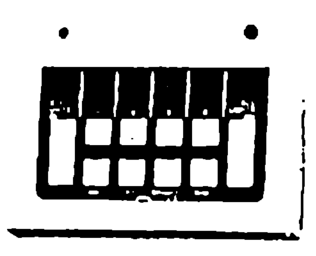
ساعات ومنبهات بارزة ... لمختلف الأغراض

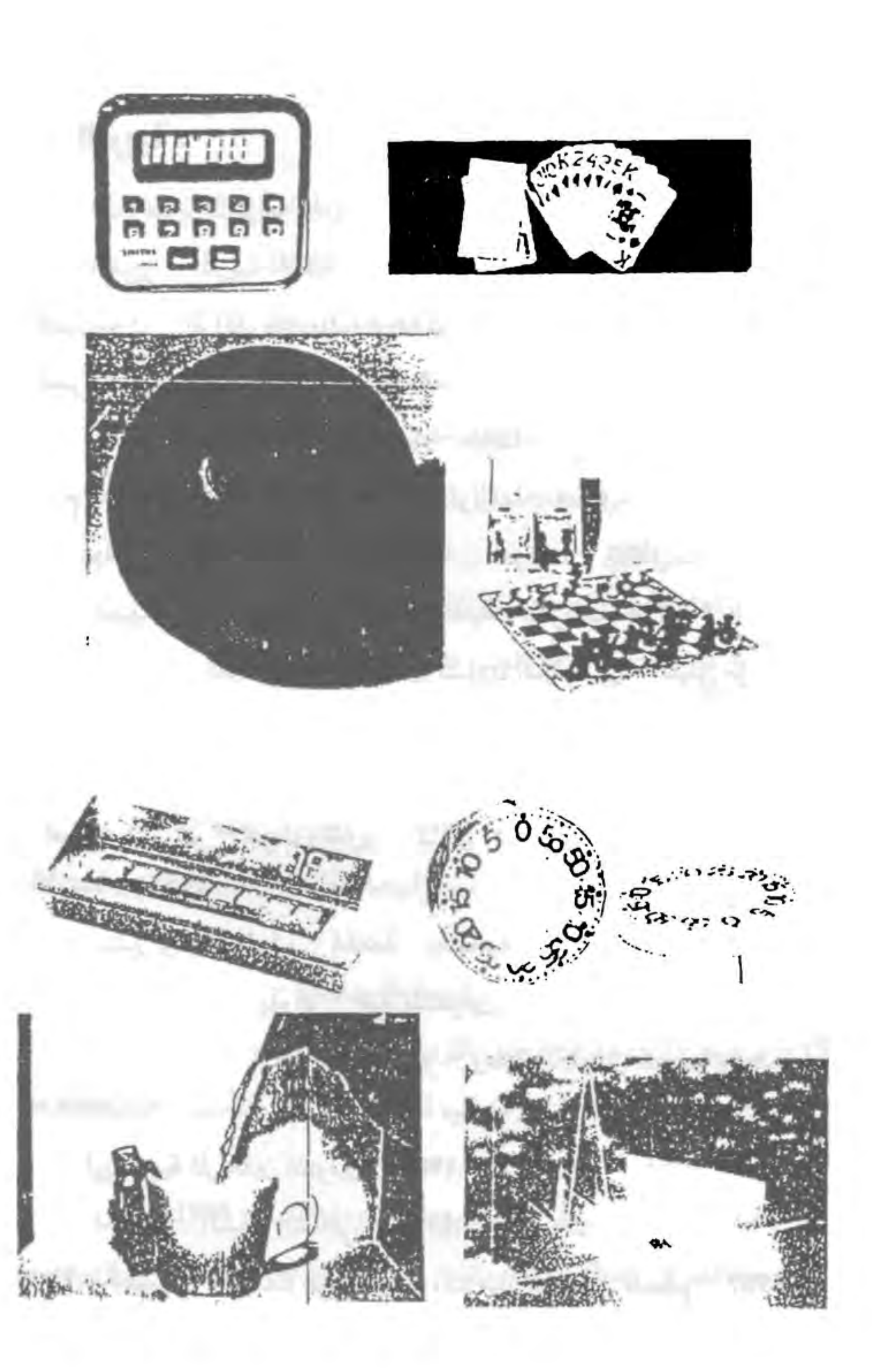
آلات الطبخ الكهربائي .. عملت خصيصا للمكفوفات



مختلف وسائل الترفيه ... والألعاب ... صممت خصيصا لتلائم ظروف البصر . . .





المراجع العربية :

1- اتش اف وهارير ... ترجمة عادل عقداوي - طب العيون - 1981.

2.- أحمد الغرير - التربية الخاصة في الأردن - 1995.

3- أدت. شيرن - الزاكي سنتديك / ترجمة فوزية بدران - الطفل العاجز - 1961.

4- أفسر الحيدري - دليل الوقاية من الإعاقة ، 1985.

5- أكرم العنبري وآخرون - أمراض العين - 1986.

6- أكرم عنبري - حركات العين واضطراب توازنها - دمشق 1987.

7- أمل عباس - المؤتمر الخامس لتأهيل الفتيات المعوقات - 1987.

8- أميرة الشيباني - المؤتمر الخامس لتأهيل الفتيات المعوقات 1987.

9- المكتب الإقليمي للجنة الشرق الأوسط لشؤون المكفوفين - دليل مؤسسات المعوقين.

10- أنس حسني سبح - الفحص السريري للجملة العصبية - 1986.

11- اديلترايت زريجو - بحوث وتقارير ووثائق - المؤتمر الخامس للجنة أشرف الأوسط - 1981.

12- إقبال بشير واقبال مخلوف - الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين - 1982.

13- ب. هنري ترجمة جمال بدران - حياة المكفوفين - 1964.

14- توماس ج. كارول - ترجمة صلاح مخيمر - رعاية المكفوفين نفسياً واجتماعياً - 1969.

15- ث. ليني تربية المراهقين المعوقين - 1988.

16- جمال الخطيب- الشلل الدماغي - 1982.

17- جمال الخطيب - الكشف عن استعداد التلاميذ المكفوفين للتعلم - 1987.

18- جمال الخطيب وآخرون إرشاد أسر الأطفال ذوي الحاجات الخاصة - 1992.

19- جمال الخطيب ومنى الحديدي - مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة - 1994.
20- جين كنمود - بحوث وتقارير وثائق - المؤتمر الخامس 1981.
21- حامد زهران - التوجه والإرشاد النفسي - 1982.
22- حسن علي حسن - العين أمراضها ووقايتها - 1986.
23- حسن علي حسن - المؤشر في طب العين للمعاقين - 1987.
24- دولة البحرين - دليل العمل في مجال الخدمة الاجتماعية 1987.
25- ديفيد وريز - ترجمة عفيف الرزار - رعاية الأطفال المعوقين - 1992.
26- زيدان السرطاوي - دراسة عن خصائص الشخصية للأطفال غير العاديين كما يراها بعض طلبة جامعة الملك سعود - 1989.
27- رشاد داوود - نحو واقع أفضل للدمج المكفوفين - 1988.
28- سهام الرشود - المؤتمر الخامس لتأهيل الفتيات المعوقات - 1987.
29- سوزان سبولجن - بحوث وتقارير وثائق المؤتمر الخامس للجنة شرق الأوسط - 1981.
30- سيد خير الله ولطفي أحمد - سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته - ط4 - 1982.
31- صفوح الأخرس - الرعاية والتنمية الاجتماعية - 1982.
32- صندوق الملكة علياء - دليل التربية الخاصة للمعلم والمرشد - 1990.
33- عاملات التأهيل - كتب تدريب الأمهات ومدربي الأسر "صعوبة البصر" cbr - 1997.
34- عبد الرزاق السامرائي - تشريح العين وملحقاتها - 1985.
35- عبد العزيز السطاوي وآخرون - دراسة معينة لعمليات التقويم المستخدمة في معاهد التربية الخاصة في الرياض - 1988.

36- عبد العزيز الشخص - مجلة مركز معوقات الطفولة - 1992.
37- عثمان فـراج - أساليب تسهيل عمليات دمج الطفل المعوق - الأبحاث والتوصيات - دمشق - 1982.
38- عثمان مزاج - الحد من مشكلة الإعاقة - مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق - 174 - 1988.
39- عثمان لبيب فراج - برامج الوقاية من الإعاقة - الحياة الطبيعية حق للمعوق - عدد 11- 1987.
40- عثمان لبيب فراج - برامج الوقاية من الإعاقة - الحياة الطبيعية حق للمعوق - عدد 11 - 1987.
41- عدنان السبيعي - سيكولوجية المرض والمعاقين - 1982.
42- فاروق الروسان - أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة - 1996.
43- فاروق الروسان - رعاية الأطفال ذوي الحاجات الخاصة - 1994.
44- فاروق الروسان - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - 1989.
45- فتحي عبد الرحيم - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - ج2 - 1982.
46- فتحي عبد الرحيم وحليم بشاي - سيكولوجية الأطفال غير العاديين - ج1 - 1982.
47- فتحي عبد الرحيم - بحوث وتقارير ووثائق - المؤتمر الخامس - 1981.
48- فيل الصباخ وأنس سبح - الأمراض العصبية -1987.
49- كتيب المركز الإقليمي لتأهيل وتدريب الكفيفات - 1974.
50- كمال سيسالم - المعاقون بصرياً - 1988.
51- لطفي بركات - الرعاية التربوية للمكفوفين - 1982.
52- لطفي بركات - تربية المعوقين في الوطن العربي - 1981.

53- لندا مارجوون وجيمس بوتيت - ترجمة عبد العزيز - سرطاوي وزيدان سرطاوي - 1988.

54- مارك توين - مجلة النور - السعودية - 1398هـ

55- مجلة الخطوة العدد الخامس - 1413هـ

56- مجلة الخطوة - العدد الرابع - محرم 1413هـ

57- مجلة عالم الإعاقة - السنة الأولى - العدد 5 - 1998.

58- محمد حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم - 1986.

59- محمد رفعت - أمراض العيون - 1987.

60- محمد رفقي ومحمد فتحي عيسى - بحث بعنوان له تعطي استمرارية المناهج البياجيني فعالية للتدخل التربوي المبكر مجلة البحوث النفسية والتربوية جامعة المنوفية - 1992.

61- محمد حسن - الأطفال المعوقون - 1989.

62- مختار حمزة - سيكولوجية المرض وذوي العاهات - 1961.

63- مصطفى أحمد وعبلة أحمد - الإعاقات البسيطة - 1991.

64- مصطفى النصراوي - قراءات في التربية الخاصة - 1982.

65- منال بو حميد - المعوقون - ط1 - 1983.

66- منظمة الصحة العالمية - تدريب المعوقين في المجتمع - ج أ + ج ب - 1980.

67- منى الحديدي - الإعاقة البصرية - 1998.

68- منى الحديدي - التقنيات التربوية التي تقوم على اللمس والسمع - 1987.

69- منى الحديدي - رعاية التأهيل المكفوفين - 1993.

70- منى الحديدي - مهارات التعرف والتنقل وتعليمها للمكفوفين.

73- وليام ليدون ولوريت ماكبحر وترجمة عبد الغفار الدماطي - تنمية المفاهيم عند الأطفال المعوقين بصرياً - 1990.

74- يوسف الشيخ وعبد السلام عبد الغفار - سيكولوجية الطفل غير العـادي - 1966.

75- ماجدة السيد عبيد ، الإعاقة البصرية - دار الصفا ، عما 2000.

المراجع الأجنبية :

1- Amanda Hall, Visual impairment and blindness, 1981.

2- Anne lesley corn and Iris martinez - when you have a visuall y. handciapped child in your class room.

3- Barbara Fiechtl and all, Teaching Exceptional children, Winter, 1989.

4- Barraga, N. C., Teacher's Guide for utilization of low vision, 1970.

5- Barraga N. increased vision behavior in low vision children. Research series, 1964.

6- Bentley, Learning to move and moving to learn , 1970.

7- Berthold lowenfeld, the visually handicapped child in school. 1973.

8- Beth stephens and carl Grube, Visual impairment and blindness, April 1982.

9- BoB howell and herbert Angus. Twenty Questions about mobility, 1989.

10- Brain stone and al-Exceptionla children, Vol. 55, No. 1988.

11- Cartwrigh, P., Catwrights and ward. Educating, Special learners belmort. 1989.

12- Chanmpan K.E, Visually handicapped children and young people, 1978.

13- Charles, J. vander kolk, intelligency testing for visually imparied persons, visually impairment and blindness, 1977.

14- charles themas, psycho educationa diagnosis of exceptional children, 1979.

15- Charles vander kolk, Rehabilitation counseling with the visually impairment.

16- Chase, J. B., Retrlental fibroplasia aand autistic symptomatology Research series, American foundation for the blind, No. 29, 1972.

17- Collins and barrage, program to develop efficiency in visual functioning Design for introduction, 1980.

18- Cratty and sams the body image of blind children, 1968.

19- David sebina and Adeliade kgosidintsi, Disability prevention and rehabilitation in botswana, assignment children Vo., No 53/54, 1981.

20- Dian Berreth Teaching Exceptional Children, Fall, 1988.

21- Gayle smith and Don Smith Feaching Exceptional Children, Spring 1989.

22- Gaylen kapperman, assessment of the visually handicapped. DRS abiliting learning Characteristics of handicapped children and Youth 1979.

23- Gibson and Mitchen, Evaluation of a child's level of physical Development.

24- Gibson and Mitchen introduction to Guidance Macmillan publishing 1981.

25- Glenda martin and Mollie hoben, Supporting visually impaired. 1977.

26- Halen Keller international, essential steps for the prevention of xerophthalmia, assignment children, 53/59, spring 1981.

27- Hall, mental Lmagens and cognitive developmental the congenitally bling, 1981.

28- Hallahan and Kauffman, Exceptional children introduction to special education 1978.

29- Haffrield, why are they bling ? The sight - saving review, 95, (11), 1976.

30- James mcloughlin Assessing special students, 1981.

31- Janice Thomas, Recreation via motor education,

32- Jerry Kalley, Recreation programming for visually handicapped. 1981.

33- Karen Depauw, visual impairment and blindness, April, 1981.

34- Katherine simpking, visual impairment and blindness, 1979.

35- Keeler, W.R. Autistic patterns and defective communication in blind children with retrolental fibropalsia, 1955.

36- Kephart and schwartz, Ajourney in to the world of the blind child Exceptional children, 1979.

37- Kirk, A. S., Educating exceptional children 1972.

38- Large print edition , student course cataloge 1986-1987.

39- Lowen feld. Berthold the visually hadnicapped. Child in school (97).

40- Isand. S. Group, Specializing in products for the visually impaired, 1987-1988.

41- Lukoff, I. F., ed al, Attitudes Toward blind person new york, 1972.

42- martin G. and Hoben, M., Supporting visually impaired students in the mainstream 1977.

43- Michael hardman and other what will we do in the morning 1981.

44- Michael Nelson. Teaching Exceptional children summer, 1988.

45- Raynor and Drowllard. A guide for helping for helping visually impaired grow , 1975.

46- Rhyne J.M. Curriculum for teaching visually handicapped, 1981.

47- Royer Korth communication with parents at exceptional children, 1975.

48- Sabation and miller, Describing learning characteristics of handicapped children and Youth, 1979.

49- Samminner and Gregprater, Teaching, Exceptional children, spring, 1989.

50- Scholl bridges from Research to practice in education of visually handcapped people, 1983.

51- School, Jourval of visual impairment and blindness, 1983.

52- School T.G. foundation of education for blind and visually handicapped children and Youth 1986.

53- Stephens, Development of Paige on Reasosing congenitally blind, 1982.

54- Steven Taylro and , all exceptional children, Vol. 55, No. 6. 1989.

55- Susan N. and other effects of interaction on nonhand icapped children Attitudes toward Autistic children, 1980.

56- Thomas M. Stephen and others, teaching mainstreamed Students , 1982.

57- VTEK. North. American Price List, Low vision products, 1987.

58- Warren David, Blindness and early childhood development 1977.



الإعاقة البصرية

هذا الكتاب في الاعاقة البصرية حيث يتطرق الى الجهاز العصبي ودوره في عملية الرؤية والى وظائفه والى تشريح العين ووظائفها والى كيفية حصول عملية الرؤية وإلى أسباب هذه الاعاقة وطرق الوقاية منها والى طرق تشخيصها ومظاهرها وتصنيفاتها ونسبة انتشارها وقياسها وتقييمها والى الخصائص النفسية والتربوية للمعاقين بصريا والى الدراسات التي تناولت الكفيف والى الآثار النفسية والاجتماعية المترتبة على هذه الاعاقة ومواقف الآخرين نحو المعاق بصريا والى مشكلات التكيف مع المعلمين والرفاق والى ردود فعل الاسرة نحو هذه الاعاقة والى استراتيجيات الارشاد والى طرق تعليمهم والى دور المدرس والمرشد التربوي في مناهج وأساليب تدريسهم والى استعداداتهم للتعلم والى تعديل سلوكياتهم المختلفة والى طرق تعليمهم والى دور المدرس والمرشد التربوي والمناهج وأساليب تدريسهم والى استعداداتهم للتعلم والى تعديل سلوكياتهم المختلفة والى طرق تربيتهم والى واقع الخدمات التي تقدم اليهم في الاردن والوطن العربي والكتاب يزود القارئ الكريم بصور لوسائل معينة لتأهيلهم اسريا وهذا الكتاب يعتبر مرجعا هاما لطلاب الارشاد النفسي والتربية الخاصة والتمريض في الجامعات والى كافة المهتمين من مدرسين وتربويين وأهل واني لآمل أن يستفيد منه كل مهتم في الوطن العربي الكبير.

والله ولي التوفيق

المؤلف







عمان - ساحة الجامع الحسيني - سوق البتراء - عمارة الحجيري
هاتف ٤٦٤٦٣٦١ فاكس ٤٦١٠٢٩١ ص.ب ١٥٣٢ عمان - الأردن